



15-16 NOVEMBRE 2022  
PARIS, FRANCE  
PALAIS DES CONGRÈS

43<sup>es</sup>

JOURNÉES DE  
L'INFIRMIÈRE  
EN UROLOGIE

PROGRAMME



# 43<sup>es</sup>

## JOURNÉES DE L'INFIRMIÈRE EN UROLOGIE

15-16 NOVEMBRE 2022  
PARIS, FRANCE  
PALAIS DES CONGRÈS

Organisées par le Bureau de l'AFIIU

- Séances thématiques → pages 2 à 20
- Forum échanges et vidéos → pages 21 à 26
- Conférences → pages 27 à 41

## **PROGRAMME JDI22- CERTIFICATION**

---

### **OBJECTIFS PEDAGOGIQUES**

- Actualiser ses connaissances en urologie tant dans le domaine des techniques chirurgicales, des thérapeutiques et des soins infirmiers qui en résultent.
- Connaître le rôle des différents métiers du soin prenant en charge des patients atteints de pathologies urologiques : infirmière de consultation en urologie fonctionnelle (diagnostique et thérapeutique), IBODE, IADE, infirmières de soins généraux, infirmière stomathérapeute, infirmière coordinatrice (en onco-urologie, en RAAC, etc.) infirmière experte en urologie, infirmière de chirurgie ambulatoire.
- Partager ses expériences et pratiques particulières ou originales avec le plus grand nombre.

### **PRÉ-REQUIS**

- Avoir une pratique et expérience professionnelle en soins infirmiers en chirurgie urologique quel que soit le secteur d'activités (consultations, bloc opératoire, secteur d'hospitalisation traditionnelle ou de jour).
  - Connaître les pathologies médicales et chirurgicales urologiques.
-

PROGRAMME **Planning journée****09:30 > 10:30** **Atelier COLOPLAST** ..... Salle 352 B

Infections urinaires du patient sous autosondage  
 Caroline THUILLIER (Grenoble), Anne-Sophie PARA (Grenoble)

**10:45 > 12:15** **SÉANCES THÉMATIQUES**

**ST1** L'auto-sondage propre intermittent,  
 tout savoir sur le bout des doigts (*Réédition de 2021*) ..... Salle 342 A ..... 5  
 Lille - CHRU, Hôpital Huriez - Sophie VERCLEYEN, Xavier BIARDEAU

**ST2** Les urostomies non continentes et leur prise en charge  
 (*Réédition de 2021*) ..... Salle 351 ..... 6  
 Rouen - CHU Charles Nicolle - Angelina CANNESANT, Jean-Nicolas CORNU

**ST3** Pratique de l'hypnose au bloc opératoire ..... Salle 342 B ..... 7  
 Marseille - Institut Paoli-Calmettes - Marie-Aurélien FOURTINES-LAURENT

**ST4** Une action qualité au bloc opératoire : un *Escape Game*  
 pour sensibiliser au remplissage de la check-list ..... Salle 352 B ..... 8  
 Lyon - HCL Hôpital Edouard Herriot - Alexandrine BOST, Nadia ABID

**ST5** Pourquoi et comment aborder la sexualité avec les patients ?  
 (*Réédition de 2021*) ..... Salle 343 ..... 10  
 Rouen - CHU Charles Nicolle - Carine JEGO

**ST6** Parcours de soins de la cystoprostectomie  
 avec entérocystoplastie robot-assistée ..... Salle 352 A ..... 11  
 Reims - Polyclinique Reims-Bezannes - Pauline DOS SANTOS, Mélanie GANTHIER, Rémi EYRAUD

**10:45 > 12:15** **TABLE RONDE** (limitée à 60 personnes) ..... Salle 353 ..... 12

## Importance et place de l'ECBU

Modérateurs infirmiers : Laurence VILLE (Clinique Beau Soleil, Montpellier)

Modérateurs médicaux : Albert SOTTO (infectiologue, CHU de Nîmes), Maxime VALLÉE (urologue, CHU de Poitiers)

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

12:30 > 13:30

Atelier CONVATEC ..... Salle 352 B

L'urètre dans tous ses états



- Dernières connaissances sur l'anatomie/physiologie de l'urètre  
Maelys TENG (Paris)
- Lésions urétrales liées au cathétérisme, diagnostic et traitement :  
la chirurgie réparatrice de l'urètre  
Johann BARKATZ (Besançon)
- Comment prévenir durablement les lésions pour une meilleure qualité de vie  
des personnes en autosondage ?  
Jean-Michel MARQUET (La Garenne-Colombes)

Paniers repas sur place

13:45 > 15:15

SÉANCES THÉMATIQUES

- ST7 La chirurgie transgenre ..... Salle 342 A ..... 13  
Lyon - HCL Hôpital Lyon-Sud Pierre-Bénite - Equipe soignante, Nicolas MOREL-JOURNEL
- ST8 Pour la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) en urologie,  
on parie sur les cystectomies ! ..... Salle 351 ..... 14  
Tours - CHRU Bretonneau - Sophie BERNARDEAU, Mélanie BRUNET, Céline PROUET,  
Helena TAVARES, Franck BRUYÈRE
- ST9 Être infirmière stomathérapeute en urologie, c'est..... Salle 343 ..... 16  
Paris - Hôpital Tenon - Laetitia QUENAULT  
Paris - Hôpital Pitié Salpêtrière - Axelle PIERRE JOSEPH
- ST10 Maladie de Lapeyronie : du diagnostic à la prise en charge  
médicale et chirurgicale ..... Salle 352 A ..... 17  
Paris - Hôpital Pitié Salpêtrière - Julie KELLER  
Neuilly-sur-Seine - Clinique Ambroise Paré - Elodie TROCHON, William AKAKPO
- ST11 Rendez-vous en sphinc-terre inconnu (*Réédition de 2021*) ..... Salle 352 B ..... 18  
Hyères - Hôpital Sainte-Marguerite - Cédric RICHARD, Steeve BENADIBA
- ST12 Entérocystoplastie en hospitalisation : un défi ! ..... Salle 342 B ..... 19  
Nice - CHU Hôpital Pasteur 2 - Gaëlle FRANCO, Chloé TRIPODI, Jael VERNEUIL

## L'auto-sondage propre intermittent, tout savoir sur le bout des doigts

Lille - CHRU, Hôpital Huriez  
Sophie VERCLEYEN, Xavier BIARDEAU

## Les urostomies non continentes et leur prise en charge

Rouen - CHU Charles Nicolle

Angelina CANNESANT, Jean-Nicolas CORNU

L'urostomie cutanée non continente (trans-iléale dite « Bricker » ou directe en canon de fusil ou bilatérale) reste une dérivation urinaire de choix lorsqu'une pathologie implique une cystectomie, ou lorsque la vessie n'assure plus son rôle de réservoir à basse pression.

La personne soignée bénéficie alors d'une prise en charge multidisciplinaire afin de maintenir une qualité de vie.

La confection d'une stomie urinaire définitive est soumise à différentes problématiques médico-chirurgicales (les indications chirurgicales / la cystectomie / la dérivation cutanée urinaire / les complications possibles). « *Une confection chirurgicale sans faille des stomies est le meilleur garant d'un appareillage efficace et confortable* » (extrait des 12 recommandations en stomathérapie).

Le rôle de l'infirmier(e) stomathérapeute est primordial dans la préparation de la personne à cette chirurgie ainsi que dans son suivi à court, moyen et long terme. Il / elle est également un support pour l'équipe médicale et paramédicale, notamment pour la gestion de certaines complications, développées dans cette présentation.

L'infirmier(e) du service de chirurgie urologique doit avoir certaines connaissances de la surveillance particulière en post-opératoire afin de prévenir / dépister d'éventuels problèmes généraux ou concernant la dérivation cutanée, et savoir alerter le cas échéant.

## Pratique de l'hypnose au bloc opératoire

Marseille - Institut Paoli-Calmettes  
Marie-Aurélien FOURTINES-LAURENT

## Une action qualité au bloc opératoire : un *Escape Game* pour sensibiliser au remplissage de la check-list

Lyon - HCL Hôpital Edouard Herriot  
Alexandrine BOST, Nadia ABID

**Objectif :** La check-list HAS a été mise en place pour sécuriser la prise en charge du patient au bloc opératoire en se basant sur un contrôle croisé d'éléments donnés. Avec l'arrivée de la certification des établissements de santé, il était important de sensibiliser au remplissage correct de la check-list. Nous avons donc organisé un *Escape Game* au bloc pour permettre à l'ensemble des professionnels d'aborder de manière ludique les grands principes de la check-list.

**Méthode :** Après la rédaction d'une fiche projet et la répartition des tâches entre les différents cadres de santé organisatrices ainsi que la cadre supérieure de santé, nous avons effectué une présentation à la cellule qualité pour validation. Après obtention de la validation du projet, nous avons recensé le matériel nécessaire. Un flyer a été créé pour informer des

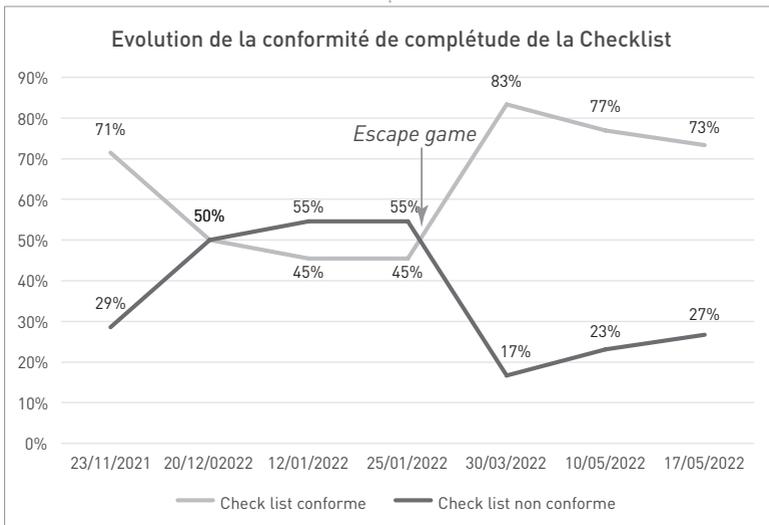
modalités du déroulement de l'*Escape Game*. Pour ajuster le dispositif, nous avons réalisé une simulation du bloc des erreurs avec une équipe d'un bloc extérieur. Nous avons constitué 6 équipes composées d'un ASD, de 2 IBODE, d'un IADE, d'un chirurgien et d'un médecin anesthésiste réanimateur. Afin d'avoir une observation fine du déroulement, nous avons inclus un ASD par groupe muni d'une fiche d'observation. Enfin, la création d'un podium et d'un support de recueil des résultats a été construit. Une révision finale du dispositif a été effectuée la veille avec la mise en place des deux salles comprenant les erreurs. Après un accueil pour expliquer les modalités de l'*Escape Game*, les équipes ont créé une dynamique collective dans la recherche d'erreurs au sein de deux salles distinctes avant de faire un débriefing général reprenant les éléments essentiels de la check-list.



**Résultats :** Les 6 équipes ont donc participé avec engouement à cette action qualité en créant une dynamique collective. L'*Escape Game* a rappelé l'importance du rôle de chacun dans la sécurité de la prise en soins des patients avec une valeur éducative sur l'intérêt de la check-list, critère impératif de la certification à venir. Le débriefing a été un temps d'échange collectif permettant une prise de recul nécessaire par rapport aux pratiques quotidiennes et d'appuyer sur l'importance de se questionner régulièrement sur celles-ci. Après une analyse des questionnaires de satisfaction, on peut noter une satisfaction générale à 97 % concernant la pertinence du choix des modalités de déroulement et l'engouement à travers le challenge en équipe qui est un succès. Néanmoins, des pistes de réflexion quant à la mobilisation des connaissances vont être exploitées à travers différents supports comme des KAHOOTs sur différentes thématiques.

**Conclusion :** La sensibilité à la gestion des risques inhérente à l'activité du bloc opératoire est un défi quotidien ; cette approche a permis de mobiliser les équipes et de questionner leurs pratiques quotidiennes. L'*Escape Game* est un concept novateur qui a permis aux équipes de communiquer pour éviter des événements indésirables tels qu'un mauvais remplissage de la check-list. Nous poursuivons d'autres actions qualité ayant pour objectif de pérenniser les bonnes pratiques.

Mots clés : Check-list – Certification – Sécurité des soins – Escape Game – Qualité au bloc opératoire



## Pourquoi et comment aborder la sexualité avec les patients ?

Rouen - CHU Charles Nicolle  
Carine JEGO, IDE sexologue

Très souvent l'éducation sexuelle est une longue liste d'interdit ou de risque (risque des IST, du HIV, de la grossesse). La notion de plaisir et de partage est très peu abordée.

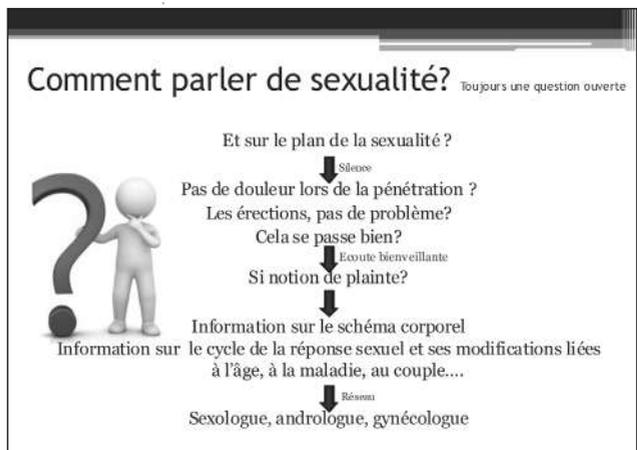
La santé sexuelle s'intègre dans une politique globale de santé (stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030), malheureusement, lors de nos études d'infirmières, peu d'heures sont consacrées à la sexologie.

Nous rencontrons, lors des soins, des consultations d'annonces, des BUD, des apprentissages aux auto-sondages, des patient(e)s inquiet(e)s sur le devenir de leur sexualité. Nous sommes très peu armés face à cette souffrance. La pire des choses est de minimiser cette douleur et de ne pas y répondre.

Je vous propose lors de cet atelier de survoler les grands thèmes de la sexologie :

- information sur le schéma corporel et le fonctionnement sexuel normal, modification lié à l'âge (choix de bien vieillir) ;
- les mécanismes de la dysfonction ;
- les réactions sexuelles de Masters et Johnson ;
- l'apprentissage à la sexualité ;
- mise au point sur l'idée de performance (porno) ;
- lutter contre les distorsions cognitives (fausse croyance, honte, porno) ;
- la violence sexuelle ;
- mutilations génitales féminines (MGF) ;
- rappel de la loi / sexualité admise ;
- sexualité et blessés médullaires ;
- prise en charge sexologique.

Puis, je vous propose de vous donner des outils pour aborder la sexualité avec vos patients :



## Parcours de soins de la cystoprostatectomie avec entérocystoplastie robot-assistée

Reims - Polyclinique Reims-Bezannes

Pauline DOS SANTOS, Mélanie GANTHIER, Rémi EYRAUD

### En premier lieu nous aborderons l'épidémiologie de cette pathologie.

Nous donnerons ensuite la définition de celle-ci.

Nous expliquerons ensuite la consultation avec le médecin référent et l'annonce du diagnostic qui se fait 3 semaines après la RETV.

En sortie de consultation, le patient repart avec son rendez-vous pour la consultation d'annonce et les rendez-vous pour les différents intervenants.

La consultation d'annonce se fait en général 10 à 15 jours après l'annonce du diagnostic avec l'infirmière du cabinet.

Lors de cette consultation, l'infirmière vérifie que son patient a bien compris la nécessité de l'intervention et au besoin reformule.

Son plan de soin personnalisé sera expliqué (cf document lors de la représentation) + remises des ordonnances nécessaires.

Il sera expliqué au patient le déroulement de l'hospitalisation du J-1 au jour de la sortie.

Le patient repart en confiance et il est informé qu'il a une infirmière de référence en cas de besoin avant et après l'hospitalisation.

Ensuite nous expliquerons le J-1 et le j0.

### Nous expliquerons le déroulement de l'intervention.

- 1) Indications chirurgicales
- 2) Équipe présente en salle d'intervention

- 3) Rappel sur les composants du robot Da Vinci Xi
- 4) Présentation de la salle d'intervention (image, schéma)
- 5) Dispositifs médicaux réutilisables (photos, description)
- 6) Utilisation et rôle des pinces Da Vinci spécifiques à l'intervention
- 7) Présentation des dispositifs médicaux spécifiques (explications et but de chaque dispositif)
- 8) Installation du patient (explications, photos, risques)
- 9) Déroulement opératoire (photos avec explications des principaux temps opératoire)
- 10) Fermeture (exsufflation, retrait trocarts)
- 11) Réalisation des pansements (photos, explications, drainage)

Une fois le peropératoire expliqué nous interviendrons sur le **post-opératoire immédiat** avec le détail du matériel médical dont le patient sera équipé.

Notre protocole de soins sera expliqué (par rapport aux sondes urétérales et sonde urinaire).

Ensuite le **post-opératoire à moyen terme** avec rendez-vous 6 semaines après l'intervention et nous finirons sur le **post-opératoire à long terme** (rééducation, iic pour les hommes, imagerie, etc.).

Nos patients sont entourés dès l'annonce du diagnostic et connaissent leurs interlocuteurs.

## Importance et place de l'ECBU

Modérateurs infirmiers : Laurence VILLE (Clinique Beau Soleil, Montpellier)

Modérateurs médicaux : Albert SOTTO (infectiologue, CHU de Nîmes), Maxime VALLÉE (urologue, CHU de Poitiers)

## La chirurgie transgenre

.....  
Lyon - HCL Hôpital Lyon-Sud Pierre-Bénite  
Equipe soignante, Nicolas MOREL-JOURNEL  
.....

## Pour la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) en urologie, on parie sur les cystectomies !

Tours - CHRU Bretonneau

Sophie BERNARDEAU, Mélanie BRUNET, Céline PROUET, Helena TAVARES, Franck BRUYÈRE

La RAAC, pour Récupération Améliorée Après Chirurgie, est un programme de prise en charge globale qui consiste à favoriser un retour à l'autonomie précoce et à limiter les complications post-opératoires. Ce programme permet aux patients de mieux se préparer pour mieux être acteur de leurs soins.

En urologie, nous avons choisi d'être accompagnés du groupe ERAS®, centre de formation européen homologué et reconnu, qui nous forme pour mettre en place dans notre service en vue d'obtenir notre certification d'ici fin 2022. Cet accompagnement se fait en plusieurs temps, avec une journée de formation initiale avant la mise en place du travail préliminaire, puis de 3 demi-journées de séminaire pour suivre et analyser l'évolution des actions mises en place pour faire vivre la démarche RAAC au sein du service. À l'issue de ces quatre temps, la certification ERAS® est accordée lorsque le service parvient à atteindre les indicateurs ciblés de la démarche RAAC.

Les objectifs :

- Limiter les complications post-opératoires permettant un retour plus rapide au domicile.
- Favoriser un retour à l'autonomie plus précoce du patient.
- Améliorer le travail de l'équipe soignante.
- Harmoniser les prises en charge.

La mise en place de ce programme a nécessité plusieurs mois de préparation et de concertation. En effet, le projet a été construit par l'équipe RAAC d'urologie avec le soutien continu des collègues d'hospitalisation complète ainsi que la collaboration

des différents intervenants et services faisant partie du parcours patient. Le service d'urologie a pu bénéficier de l'expérience de l'équipe RAAC de gynécologie qui nous a présenté son approche et sa méthodologie. L'équipe se compose de 3 chirurgiens référents, le Pr Franck Bruyère (chef du service), le Dr Benjamin Faivre d'Arcier et le Dr Jean-Michel Boutin ; 2 anesthésistes-réanimateurs, le Dr Anne Bouly et le Dr Charles Coudriou ; la cadre de santé Virginie Neto et les 2 infirmières coordinatrices RAAC, Héléna Tavares et Mélanie Brunet.

Les 2 IDE coordinatrices RAAC du service d'urologie ont débuté leurs missions en septembre 2021. Elles partagent leur temps de travail entre la coordination RAAC et leurs missions habituelles d'IDE en hospitalisation complète. Il a fallu penser et organiser ensemble la démarche RAAC en urologie, en intégrant chaque acteur du processus et en prenant en compte les attentes et contraintes de tous les contributeurs, le tout aidé par ERAS®. Il a d'abord été question de travailler sur les protocoles autour de la prise en charge du patient afin d'harmoniser nos pratiques dans chacun de nos domaines. Nous avons créé les documents et supports de travail afin de former les équipes et de permettre au patient de comprendre cette nouvelle prise en charge, notamment avec la création d'une pochette RAAC pour le patient composée de différents documents expliquant son parcours de soins. La direction de la communication a su se rendre disponible pour faciliter l'élaboration de ces documents indispensables pour lancer le projet. Il a fallu également créer des supports internes afin de répertorier les missions de chaque soignant ainsi

que son rôle dans le parcours RAAC. Pour cela des réunions avec les équipes de l'unité de chirurgie ambulatoire, des consultations externes d'urologie, des kinésithérapeutes, des diététicien(ne)s, infirmier(e)s anesthésistes, infirmier(e) de programmation ont été indispensables, tout comme le soutien des secrétaires d'urologie et la collaboration des secrétaires d'anesthésie. L'ensemble du parcours a été revu depuis l'accueil du malade en préopératoire, à la technique chirurgicale et d'anesthésie, jusqu'à la prise en charge post-opératoire immédiate. Fini les morphiniques, les jeûnes prolongés et le remplissage non contrôlé, dorénavant le malade participe à sa prise en charge avec un rôle beaucoup plus actif.

Pour réussir, le rôle de chacun est primordial et la collaboration fondamentale. La préparation préopératoire est réalisée par une équipe pluridisciplinaire, composée de chirurgiens, d'internes, d'anesthésistes, de kinésithérapeutes, de diététiciennes, d'infirmières, aides-soignantes, secrétaires, assistantes sociales et beaucoup d'autres acteurs qui collaborent en permanence pour améliorer et perfectionner la prise en charge du patient avant, pendant et après son hospitalisation. Il s'agit de l'accompagner et de l'impliquer dans son parcours de soins pour le rendre acteur.

Afin de préparer le patient avant son intervention, nous avons mis en place une journée en Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA). Cette journée de préparation lui permet de rencontrer l'ensemble des professionnels indispensables à sa prise en charge. Nous avons également développé notre réseau ville/hôpital : d'une part avec les kinésithérapeutes pour le renforcement musculaire et la préparation respiratoire et, d'autre part, avec les HAD et les HDJ de différents départements pour programmer l'injection de fer en préopératoire pour les patients anémiés. Un recueil de données est établi lors de la consultation avec les infirmières coordinatrices de la RAAC, afin de recenser les informations nécessaires à la prise en charge globale du patient. Les données sont retranscrites aussi bien dans le dossier patient que sur la base de données ERAS®. Les principales difficultés ont été de s'intégrer dans l'organisation des différents intervenants et de définir les rôles de chacun pour cette prise en charge RAAC.

## Être infirmière stomathérapeute en urologie, c'est...

Paris - Hôpital Tenon - Laetitia QUENAULT

Paris - Hôpital Pitié Salpêtrière - Axelle PIERRE JOSEPH

Infirmières en chirurgie depuis plusieurs années, nous sommes deux stomathérapeutes exerçant dans deux établissements différents de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (Hôpital Tenon et Hôpital Pitié Salpêtrière) et avec un temps dédié différents (100 % pour l'une et 1 jour de détachement par semaine pour l'autre). Nous avons à cœur de vous présenter notre pratique quotidienne au sein de l'urologie.

### Un peu d'histoire, pour commencer...

« *La stomathérapie est la maîtrise des connaissances techniques et des principes de la relation d'aide qui vont permettre au stomisé de retrouver son autonomie après l'intervention afin de reprendre une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale aussi normale que possible.* »

Suzanne MONTANDON

En 1976, Suzanne Montandon surveillante dans le service du professeur Guillemin, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Lyon, est allée suivre une formation aux États-Unis dispensée par le célèbre Rupert Turnbull et sa patiente Norma Gill, elle-même iléostomisée.

Suzanne Montandon a obtenu le titre et la compétence d'infirmière entérostomathérapeute (E.T). Avec l'appui et le soutien inconditionnel du Pr Guillemin, elle a ouvert en 1978 à Lyon la première consultation puis la première école de stomathérapie.

Le Certificat Clinique en stomathérapie nous permet d'intervenir dans 3 domaines d'expertise :

- **Les troubles de la continence** avec l'éducation des patients à l'auto sondage.
- **Les plaies et cicatrisation** avec la mise en place de protocole de soins lors de plaies compliquées avec retard de cicatrisation.

- **Les stomies digestives et urinaires** qui correspondent à la majeure partie de notre activité. Et c'est cette expertise que nous allons vous détailler aujourd'hui.

En urologie, la stomathérapeute intervient à différentes étapes du parcours du patient.

Tout d'abord en préopératoire avec la consultation d'annonce qui est un moment fort de la prise en charge, le patient se sent souvent en confiance et apprécie d'avoir ce temps dédié pour pouvoir verbaliser ces craintes avant l'intervention chirurgicale. Dans un deuxième temps, sera réalisé le repérage préopératoire, la stomathérapeute s'adapte le plus souvent pour venir au lit du patient la veille de l'intervention pour faire le marquage.

Puis, elle poursuit le suivi en postopératoire en intervenant à de nombreuses reprises auprès du patient pour des soins éducatifs, pour le choix de l'appareillage optimal ainsi que pour organiser le retour à domicile.

La stomathérapeute est également appelée en cas de complications telles que les fuites, l'irritation péristomiale.

En plus de son rôle auprès du patient, elle assure la formation de ses pairs en dispensant des cours dans les services.

On compte environ 700 stomathérapeutes en France, mais seulement 300 sont en activité, nous espérons que notre présentation vous permettra de mieux connaître notre domaine d'expertise et, pourquoi pas, de susciter des vocations !!!

## Maladie de Lapeyronie : du diagnostic à la prise en charge médicale et chirurgicale

Paris - Hôpital Pitié Salpêtrière - Julie KELLER

Neuilly-sur-Seine - Clinique Ambroise Paré - Elodie TROCHON, William AKAKPO

La maladie de Lapeyronie est une pathologie acquise de l'albuginée des corps caverneux concernant jusqu'à 9 % de la population masculine. Cette pathologie évolue en 2 phases (active et stabilisée) et peut aboutir à des douleurs ou une déformation du pénis en érection.

Le diagnostic de cette maladie est clinique.

L'évaluation initiale est indispensable afin de connaître l'impact fonctionnel et psychologique lié à cette maladie et proposer un traitement adapté.

Il n'existe pas de traitement médical ayant l'autorisation de mise sur le marché dans le cadre de cette maladie. Certains traitements médicaux sont cependant proposés en consultation (vérapamil, plasma riche en plaquettes).

La maladie de Lapeyronie peut être associée à une dysfonction érectile nécessitant un traitement spécifique associé.

Les traitements chirurgicaux sont variés (plicature et incision-greffe avec parfois la mise en place d'un implant pénien) et peuvent être proposés une fois la maladie stabilisée et à l'origine d'une gêne significative liée à la déformation.

## Rendez-vous en sphinc-terre inconnu

Hyères - Hôpital Sainte-Marguerite  
Cédric RICHARD, Maël MARTIN

Selon l'*International Continence Society*, l'incontinence se définit comme la plainte de toute émission involontaire d'urine. La gravité de celle-ci sera appréciée selon le retentissement sur la qualité de vie du patient. Prenons l'exemple du cancer de la prostate opéré : même guéri, un patient peut être en souffrance si celui-ci est incontinent. Quelle soit légère à modérée, post-opératoire immédiate ou à long terme, il est important de proposer une solution à nos patients. Encore plus dans l'incontinence sévère, le sphincter artificiel urinaire (SAU) va trouver toute sa place, encore faut-il pouvoir bien le connaître.

Une étude multicentrique prospective a été réalisée par un infirmier référent. La population concernée était des infirmiers en services (Groupe 1), bloc opératoire (Groupe 3), ainsi que des médecins et chirurgiens (Groupe 2) en excluant les urologues. Le but étant d'évaluer les connaissances générales sur le SAU. Un questionnaire de connaissance a été distribué : 9 questions sous forme de choix multiple et 1 question en réponse libre.

Cinquante questionnaires ont été remplis. Les résultats étaient catégorisés en connaissance légère (0 à 4 bonnes réponses), moyenne (5 à 7) et élevée (8 à 10) ; 43 % du Groupe 1 *versus* 66 % du Groupe 2 *versus* 50 % du Groupe 3 ont une connaissance moyenne sur le SAU. Ces tendances nous encourageaient à réinformer sur le fonctionnement et les complications de celui-ci. Le SAU est une vraie solution dans la prise en charge de l'incontinence sévère. Il reproduit le mode mictionnel normal en rendant le patient acteur de sa miction. Le SAU se compose d'une pompe située dans le scrotum

ou grandes lèvres avec deux commandes, une désactivant la manchette permettant le passage de l'urine et une le rendant totalement inactif, un ballon de pression situé dans l'aîne qui servira de réservoir et enfin la manchette entourant l'urètre assurant le cycle continence/incontinence. Des études montrent que 59 à 90 % des patients post-prostatectomie n'utilisent que 0 à 1 tampon par jour après l'implantation. Cependant, il existe des complications possibles nécessitant une dépose du SAU. L'infection, l'érosion sont les principales causes non mécaniques. Une fois l'intervention réalisée après environ 48 h d'hospitalisation, une période médiane de 4 à 6 semaines est nécessaire avant d'activer le SAU.

Le SAU reste la solution de référence dans l'incontinence sévère. De ce fait, sa fonctionnalité, ses complications méritent d'être mis en lumière pour prendre en charge ce type de patient.

## Entérocystoplastie en hospitalisation : un défi !

Nice - CHU Hôpital Pasteur 2

Gaëlle FRANCO, Chloé TRIPODI, Jael VERNEUIL



PROGRAMME **Planning journée**

<b>15:30 &gt; 17:30</b>	<b>FORUM ÉCHANGES ET VIDÉOS</b> .....	Amphi. Bordeaux
<hr/>		
<b>15:30</b>	<b>V1 - Néovessie orthotopique, apprentissage des mictions en post-opératoire</b> .....	22
	Toulouse - CHU Rangueil - Carine HUMBERT, Mathieu ROUMIGUIÉ	
<hr/>		
<b>15:55</b>	<b>V2 - Prise en charge des auto-sondages en hôpital de jour</b> .....	23
	Nevers - Polyclinique du Val de Loire - Ludivine BOUVET, Sandrine JUBLOT, Julie ROCHE, Blandine LESOURD	
<hr/>		
<b>16:20</b>	<b>V3 - Urétroplastie avec greffon muqueux buccal</b> .....	24
	Rennes - CHU Pontchaillou - Stéphanie COTTIN-BOURGUIGNON, Nathalie MERTEL	
<hr/>		
<b>16:40</b>	<b>V4 - Dexter, le premier robot hybride installé en France dans un bloc naïf de chirurgie robotique</b> .....	25
	Saintes - CH Saintonge - Magali BIAGI, Julie CLARINARD, Alexandra COUTEL, Florence DOMBALLE, Damien EMERIAU, Aurélien FORGUES	
<hr/>		
<b>17:05</b>	<b>V5 - Histoire et évolution de la chirurgie</b> .....	26
	Tours - CHRU Bretonneau - Adeline JARDIN	



<b>17:30</b>	<b>Assemblée Générale de l'AFIU</b> .....	Amphi. Bordeaux
	(ouverte à tous les adhérents 2022 de l'association)	

## Néovessie orthotopique, apprentissage des mictions en post-opératoire

Toulouse - CHU Rangueil

Carine HUMBERT, Mathieu ROUMIGUÉ

La cystectomie et les dérivations urinaires par « néovessie orthotopique » sont des modalités fréquentes de prise en charge en urologie nécessitant leur connaissance. La chirurgie carcinologique est la principale indication.

Le suivi et l'accompagnement des patients demeure une étape des plus importantes, notamment en cas de remplacement vésical afin de surveiller (protection du haut appareil, capacité néo-vésicale) et d'éduquer les patients.

L'une de ces étapes est l'apprentissage des mictions en post-opératoire (apprentissage de la continence et de la bonne vidange).

Connaître ces grands principes est essentiel afin de prendre en charge efficacement les patients et proposer des actions adéquates adaptées à chacun.

## Prise en charge des auto-sondages en hôpital de jour

Nevers - Polyclinique du Val de Loire

Ludivine BOUVET, Sandrine JUBLOT, Julie ROCHE, Blandine LESOURD

Afin d'améliorer la prise en charge des patients d'urologie et limiter la pose des sondes à demeure, nous avons développé, depuis 2018, l'éducation aux auto-sondages en hôpital de jour au sein de notre établissement.

### Qu'est-ce que l'auto-sondage ou sondage intermittent ?

C'est l'introduction d'une sonde dans l'urètre jusque dans la vessie, dans le but de la vidanger complètement.

« Intermittent » signifie que ce sondage sera répété à intervalles réguliers (environ toutes les 4 heures).

« Auto-sondage » signifie que le patient pratiquera lui-même ce geste.

### Quels sont les objectifs des auto-sondages ?

- Assurer une vidange complète de la vessie.
- Diminuer le risque d'infection urinaire.
- Protéger le haut appareil urinaire.
- Améliorer la qualité de vie.
- Supprimer les fuites urinaires.

### Déroulement de notre prise en charge

- Consultation avec le chirurgien, indication d'auto-sondages.
- Adressé à l'IDE d'HDJ pour éducation.
- Convocation du patient par la secrétaire d'HDJ.
- Education du patient avec une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire.
- Suivi régulier du patient.

Après 4 années de mise en place de cet HDJ, les patients expriment leurs satisfactions de ce suivi régulier et de cette prise en charge personnalisée.

## Urétroplastie avec greffon muqueux buccal

Rennes - CHU Pontchaillou  
Stéphanie COTTIN-BOURGUIGNON, Nathalie MERTEL

L'urétroplastie avec greffe de muqueuse buccale est la technique de référence pour les sténoses urétrales.

Depuis les années 1990, les techniques ont évolué et les résultats se montrent très satisfaisants.

La muqueuse buccale est aujourd'hui le substitut de premier choix pour les urétroplasties.

## Dexter, le premier robot hybride installé en France dans un bloc naïf de chirurgie robotique

Saintes - CH Saintonge

Magali BIAGI, Julie CLARINARD, Alexandra COUDEL, Florence DOMBALLE, Damien EMERIAU,  
Aurélien FORGUES

### Introduction

Présentation structure, choix du robot :  
robot hybride

### I. Présentation du Robot Dexter

- a. Composition
- b. Ergonomie
- c. Spécificités

### II. Formation Dexter

### III. Logistique

- a. Environnement opératoire
- b. Simulateur
- c. DM
- d. DMS

### IV. Compétences IBODE induite par la chirurgie robotique assistée à la demande

- a. Rôle du circulant IBODE
- b. Rôle instrumentiste IBODE
- c. Rôle aide-opérateur IBODE

### Conclusion



MARDI  
**15/11**

Amphi. Bordeaux

17:05 - 17:30

Vidéo 5

## Histoire et évolution de la chirurgie

Tours - CHRU Bretonneau  
Adeline JARDIN

PROGRAMME **Planning journée**

Amphithéâtre Bordeaux

**08:45 Ouverture de la journée**

Françoise PICARD, Présidente de l'AFIIU

Georges FOURNIER, Président de l'AFU

Julien BRANCHEREAU, Jonathan OLIVIER, organisateurs et référents AFU

**09:00 > 11:00 BRÈVES**

**09:00** Estime de soi et stomie urinaire .....29  
Dax - Centre hospitalier Côte d'Argent - Anne ARNAUD

**09:20** HBP et auto-sondage : mise en demeure du sondage à demeure ! ..... 30  
Montpellier - Clinique Beau Soleil - Laurence VILLE, Grégoire POINAS

**09:40** HoLEP : parcours du patient pour une sortie à J1 ..... 32  
Bayonne - Clinique Belharra - Sophie BISSEY, Marie-Lyse LATOUR, Mathieu HUMBERT

**10:00** L'AFIIU : projets et perspectives ..... 33  
Bureau de l'AFIIU

**10:10** Alternatives mini-invasives à la chirurgie de l'hypertrophie bénigne de la prostate .... 34  
Nantes - CHU Hôtel Dieu - Equipe soignante, Stéphane DEVERGIE

**10:30 > 11:00 Pause et rencontre avec les partenaires industriels****11:00 > 16:30 CONFÉRENCES**

**11:00** Mutilations sexuelles féminines ..... 35  
Saint-Germain-en-Laye - Institut Women Safe & Children - Frédérique MARTZ, Pierre FOLDES

**12:00** Déjeuner

PROGRAMME **Planning journée**

<b>14:00</b>	Gestion des traumatismes urologiques ..... 36 Florian BARDET, Président de l'Association Française des Urologues en Formation (AFUF)	
<b>14:25</b>	TUT' Uro Challenge : tutoriel pour les infirmier(e)s, fait par des infirmier(e)s En 2022, le gagnant est ... ..... 37 Bureau de l'AFIU	
<b>14:40</b>	Bilan urodynamique : l'essentiel ..... 38 Lille - CHRU Hôpital Huriez - Laurence QUEVAL, Xavier BIARDEAU	
<b>15:05</b>	Remise du prix Coloplast Récompense la meilleure présentation infirmière en séance thématique et au forum échanges et vidéos. Comprend, pour 2 infirmières, l'inscription aux deux journées de l'infirmière en urologie en 2023 avec la prise en charge des frais de transport et 1 nuitée d'hôtel. <i>Seules les infirmières et infirmiers titulaires du RPPS seront éligibles conformément à la réglementation en vigueur.</i>	 <b>Coloplast</b>
<b>15:15</b>	Prise en charge de la cystite radique au caisson hyperbare ..... 39 Toulon - HIA Sainte-Anne - Marlène CHAMPELLE, Henry HELOT	
<b>15:40</b>	Nouvel ouvrage à destination de la formation initiale des étudiant(e)s infirmier(e)s (en collaboration avec le collège d'urologie) : le best of ..... 40 Lyon - HCL, Hôpital Lyon-Sud Pierre-Bénite - Alain RUFFION	
<b>16:00</b>	RAAC et hyperpréparation ou comment l'implication des équipes soignantes a fait basculer la prostatectomie totale en ambulatoire ? ..... 41 Toulouse - Clinique la Croix du Sud - Equipe soignante, Guillaume PLOUSSARD	
<b>16:30</b>	Fin des 43 <sup>es</sup> Journées	

## Estime de soi et stomie urinaire

Dax - Centre hospitalier Côte d'Argent  
Anne ARNAUD

Les étapes et le rôle de la stomathérapeute dans le parcours de soins d'un patient uro-stomisé.

Comment prendre en considération la perte d'estime de soi et l'améliorer ?

## HBP et auto-sondage : mise en demeure du sondage a demeure !

Montpellier - Clinique Beau Soleil  
Laurence VILLE, Grégoire POINAS

La rétention aiguë d'urine est l'une des principales complications de l'obstruction sous-vésicale liée à une hyperplasie bénigne de la prostate. Elle est un tournant de la maladie aboutissant bien souvent à une chirurgie.

L'enjeu principal de la prise en charge de l'HBP (adénome de prostate) est de limiter la souffrance du détrusor, le muscle vésical. Pour un bon confort mictionnel, il faut un urètre peu obstructif et un détrusor ayant une bonne force de propulsion. Si le détrusor force sur un obstacle sous-vésical (comme la prostate) pendant des années, il se détériore et perd sa force de propulsion, ce qui est irréversible. Quand un muscle a souffert (comme le cœur lors d'un infarctus) on ne le récupère pas !

L'HBP est l'une des pathologies les plus fréquentes de l'homme vieillissant. Notamment, après 60 ans, elle correspond à une hyperplasie des tissus autour de l'urètre. Sa cause précise est inconnue mais probablement liée aux variations hormonales y compris celles de la testostérone. Les complications d'une HBP viennent de la souffrance du muscle vésical qui n'arrive plus à compenser l'obstacle sous-vésical (bien souvent la prostate). La vessie se vide de moins en moins bien et le résidu postmictionnel augmente. Cela a pour conséquence : des mictions plus fréquentes (si on va à la pompe à essence à mi-réservoir on y va 2 fois plus souvent !), un risque accru d'infection, la formation de calculs dans la vessie, voire une dégradation de la fonction rénale et, bien sûr, la rétention aiguë d'urine !

En bref, la rétention aiguë d'urine devient finalement une urgence.

### 1. La prise en charge aux urgences

- Rechercher un facteur déclencheur éventuellement réversible et le traiter (infection, constipation, alitement, prise de médicaments (iatrogène), complication d'un traumatisme ou d'une chirurgie).
- Evaluation des conséquences, surtout éliminer une insuffisance rénale et une hyperkaliémie par ionogramme et créatinine.
- Drainage de la vessie par une sonde à demeure.
- Une optimisation du traitement de l'HBP doit être faite avec l'introduction d'un alpha-bloquant qui agit en 48 h et pas besoin d'en mettre 2 ! Si besoin : antibiotique, traitement de la constipation, etc. Et mot au secrétariat d'urologie pour programmer une HDJ !

### 2. Programmation de l'HDJ

- Vérification du dossier des urgences et recherche d'un traitement d'une cause réversible.
- Programmation de l'ablation dans un délai de 3 à 7 jours en moyenne.
- Envoi des ordonnances (attention à la sécurité), si besoin :
  - bilan biologique avec fonction rénale voire PSA ;
  - échographie de l'arbre urinaire ;
  - alpha-bloquant ;
  - fiche info du service sur la gestion de la SAD à domicile ;
  - et soin IDE pour ablation à domicile vers 8 h du matin le jour de la programmation.

### 3. le jour J du sevrage de sonde

Les sevrages de sonde sont gérés par des infirmières de consultation ou d'hospitalisation de jour sous la responsabilité d'un médecin chirurgien référent qui verra le malade avec l'IDE.

Il faut un recul d'au moins 6 h pour estimer la qualité de la reprise mictionnelle. Un moyen simple : bonne reprise si à 15 h le résidu après miction est inférieur à 150 cc ! **C'est le 15/15.**

Si le résidu est inférieur à 150 cc à 15 h : retour à domicile sans sonde, poursuite des traitements prostatiques et nouvelles consultation avec une nouvelle échographie +/- PSA dans le mois.  
Chirurgie ?

Si le résidu augmente au cours de la journée ou bien s'il n'y a pas de reprise mictionnelle avec une vessie de plus de 400 cc : en première intention, éducation aux **auto-sondages intermittents**.

#### Car...

- Plus de confort, vie sociale et sexuelle possible et plus d'autonomie pour le patient.
- Moins d'infections.
- Pas besoin de reprogrammer de nouvelle tentative de sevrage (pas de 2<sup>e</sup> chance, la première suffit).
- Bien souvent, au bout de quelques jours, les résidus diminuent et les sondages aussi !
- On peut apprendre les sondages de 7 à 90 ans, même en cas de handicap.

De ce fait, les dernières recommandations préconisent la place des auto-sondages dans ces situations et cette pathologie qu'est l'hypertrophie bénigne de la prostate. C'est à cet instant que l'infirmière de consultation ou l'infirmière d'hôpital de jour va avoir un rôle important dans la prise en charge de cet apprentissage. Elle va seconder l'urologue en expliquant au patient les avantages de la pratique de l'auto-sondage et la gestion d'un carnet mictionnel afin d'adapter la fréquence des sondages.

Son écoute attentive et sa faculté à recueillir les informations et les contraintes avec intérêt et sérieux, vont instaurer un climat de confiance avec le patient. Elle donnera ainsi au patient la capacité de se prendre en charge dans une véritable démarche d'éducation thérapeutique et d'autonomie.

Mais, pour rendre tout cela possible et assurer sa fonction, l'infirmière aura travaillé au préalable, avec son cadre et son chef de service, sur un parcours de soins bien établi dans lequel de telles séances d'éducation et de suivi peuvent exister...

## HoLEP : parcours du patient pour une sortie à J1

Bayonne - Clinique Belharra

Sophie BISSEY, Marie-Lyse LATOUR, Mathieu HUMBERT

L'énucléation de l'adénome prostatique au laser Holmium (HoLEP) permet des suites opératoires plus simples et plus rapides.

Nous présentons la prise en charge standardisée du patient avant et après l'intervention pour une sortie précoce à J+1.

Le parcours du patient est détaillé :

- les consultations préopératoires (urologue, anesthésiste et infirmière RAAC) ;
- l'hospitalisation : déroulement de l'intervention au bloc opératoire, appareillage et éducation avec l'intervention de la stomathérapeute ;
- la sortie et le suivi du patient à domicile.

## L'AFIIU : projets et perspectives

Bureau de l'AFIIU

## **Alternatives mini-invasives à la chirurgie de l'hypertrophie bénigne de la prostate**

Nantes - CHU Hôtel Dieu

Equipe soignante, Stéphane DEVERGIE

## Mutilations sexuelles féminines

Saint-Germain-en-Laye - Institut Women Safe & Children  
Frédérique MARTZ, Pierre FOLDES

Les mutilations sexuelles féminines sont toujours présentes en 2022.

Elles concernent environ 60000 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.

## Gestion des traumatismes urologiques

Florian BARDET, Président de l'Association Française des Urologues en Formation (AFUF)

**TUT' Uro Challenge : tutoriel pour les infirmier(e)s,  
fait par des infirmier(e)s. En 2022, le gagnant est...**

Bureau de l'AFIIU

## Bilan urodynamique : l'essentiel

---

Lille - CHRU Hôpital Huriez  
Laurence QUEVAL, Xavier BIARDEAU

---

## Prise en charge de la cystite radique au caisson hyperbare

Toulon - HIA Sainte-Anne  
Marlène CHAMPELLE, Henry HELOT

Seul service hyperbare hospitalier militaire français, le service de médecine hyperbare et d'expertise de la plongée (SMHEP) de l'hôpital militaire d'instruction des armées Sainte-Anne est basé à Toulon et possède un caisson multichambres d'une capacité de 12 patients assis et d'un patient alité. L'équipe de soignants est composée de 6 médecins, 5 infirmiers et 3 opérateurs hyperbaristes plus 1 adjoint administratif et 1 secrétaire. Caisson à vocation de soutien des plongeurs militaires, il est également le caisson de recours pour le 83 auprès de l'ARS. À ce titre, il prend également en charge des patients civils dans le cadre de la médecine hyperbare.

Les cystites radiques (CR) représentent une part prépondérante du recrutement, hors urgence : 15 % des patients et 260 séances par an d'oxygénothérapie hyperbare (OHB), moyenne de 24 séances par patient.

Par l'augmentation de la part dissoute de l'oxygène du fait de la pression, l'OHB a un effet anti-ischémique (accroissement de la perfusion tissulaire), un effet pro-cicatrisant (néo-angiogenèse et stimulation cellulaire) et un effet anti-infectieux (bactéries aérobies et/ou anaérobies).

À ce jour, l'OHB est le seul traitement étiologique qui agit en améliorant la vascularisation et en permettant de ce fait la cicatrisation vésicale. L'OHB est connue depuis plus de 60 ans pour améliorer ces lésions radiques et plusieurs études montrent que son action permet une diminution des récives et réduit le nombre de geste radicaux.

Les patients adressés par les urologues ou les radiothérapeutes bénéficient d'une première consultation d'admission afin de s'assurer de l'absence de CI hyperbare du fait de la pression ou de la toxicité de l'oxygène et d'éliminer une reprise éventuelle d'un processus néoplasique. L'équipe fait un point urologique avec le patient: examens complémentaires, recherche d'une infection urinaire, bilan de qualité de vie (questionnaire spécifique et SOMA LENT, « livret de bord » du patient). La présentation du caisson et du déroulement des séances est faite et un flyer d'explication est donné.

Le protocole de traitement des CR comprend au maximum 3 séries de 20 séances avec une consultation systématique avec recherche d'hématurie et nouveau SOMA LENT à la fin de chaque série. À la fin de la deuxième série, une consultation urologique est prévue en cas de persistance d'un saignement. En cas de décision collégiale d'une troisième série, une pause d'un mois est faite pour éviter les effets indésirables à moyen terme de l'OHB.

Notre retour d'expérience montre que, en plus de son action sur la cicatrisation vésicale, l'OHB améliore la qualité de vie des patients atteints de CR au niveau fonctionnel avec une diminution des envies impérieuses surtout nocturnes et une restauration d'une meilleure miction.

**Nouvel ouvrage à destination de la formation initiale  
des étudiant(e)s infirmier(e)s (en collaboration avec  
le collège d'urologie) : le best of**

Lyon - HCL, Hôpital Lyon-Sud Pierre-Bénite  
Alain RUFFION

## RAAC et hyperpréparation ou comment l'implication des équipes soignantes a fait basculer la prostatectomie totale en ambulatoire ?

---

Toulouse - Clinique la Croix du Sud  
Equipe soignante, Guillaume PLOUSSARD

---

# Notes

# Notes

# Notes





Association  
Française des  
Infirmières et  
Infirmiers en  
Urologie

**Organisation**

Colloquium - CFU-JDI 2022

16-18 rue de Londres

75009 Paris

Téléphone : 01 44 64 15 15

E-mail : cfu@clq-group.com



colloquium