

21-22 NOVEMBRE 2023
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

44^{es}
JOURNÉES DE
L'INFIRMIÈRE
EN UROLOGIE

PROGRAMME



44^{es}

**JOURNÉES DE
L'INFIRMIÈRE
EN UROLOGIE**

**21-22 NOVEMBRE 2023
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 28
- Conférences → pages 29 à 41

PROGRAMME JDI23- 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 sous auto-sondages :
quels paramètres revoir et corriger pour réduire les risques ?



Caroline THUILLIER (Grenoble), Madame CURT

10:45 > 12:15**SÉANCES THÉMATIQUES**

- ST1** Quelle sonde pour quel patient : création d'un algorithme décisionnel du choix de sonde d'auto-sondage Salle 342 A..... 5
Garches - Hôpital Raymond Poincaré - Julie DUBOIS
- ST2** Préhabilitation et RAAC : un parcours « Optiday » pour optimiser la préparation et l'information du patient Salle 351..... 6
Lyon - Centre hospitalier Lyon Sud - Béatrice FERREBOEUF, Gaëlle PROUX, Philippe PAPAREL
- ST3** L'hypnosédation lors d'une PEC pour changement de double J bilatérale Salle 342 B..... 7
Marseille - Institut Paoli-Calmettes - Marie-Aurélien FOURTINES-LAURENT, Léa CASSIN
- ST4** Une action qualité au bloc opératoire : un *Escape Game* pour sensibiliser au remplissage de la check-list (*Réédition de 2022*) Salle 352 B..... 8
Lyon - HCL Hôpital Edouard Herriot - Alexandrine BOST, Nadia ABID
- ST5** Atelier neuromodulation : vers un protocole de coopération Salle 343..... 10
Paris - Hôpital Tenon - Catherine LAUDIGNON, Véronique PHÉ
- ST6** Coordination des soins péri-opératoires dans la prise en charge par laser de l'adénome de prostate Salle 352 A..... 11
Toulouse - Clinique de l'Union - Philippe ROUVELLAT, Jean-Pierre BASTIÉ

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

Le tour de la sonde en 80 minutes !

Moderatrice infirmière : Laurence VILLE (Clinique Beau Soleil, Montpellier)

Moderateurs 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. Toutes les équipes, toutes les expériences en ce domaine sont les bienvenues. Cette année, nous aborderons la sonde : indication, technique, entretien, durée... Vous saurez tout ! 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 BBRAUN Salle 343

Infections urinaires chez les utilisateurs de sonde urinaire intermittente : première étude en vie réelle comparant les sondes pré-lubrifiées et hydrophiles

Emmanuel CHARTIER-KASTLER (Paris)



Paniers repas sur place

12:30 > 13:30

Atelier CONVATEC Salle 352 A

Y a-t-il divergence de points de vue entre médecin / infirmier et patient au sujet de l'autosondage

- Le point de vue du praticien - Claire HENTZEN (Paris)
- Le point de vue infirmier et patient - Marie LORIOL (Brive-la-Gaillarde)
- Le point de vue du laboratoire - Jean-Michel MARQUET (La Garenne-Colombes)



Paniers repas sur place

13:45 > 15:15

SÉANCES THÉMATIQUES

- ST7** Ablation JJ aimant : un vrai jeu d'enfant Salle 342 B..... 13
Martignes - Centre Hospitalier - Laura INGARGIOLA, Laurence MEURET,
Valérie ZACHARIE, Eugénie DI CROCCO, Harry TOLEDANO
- ST8** Education au traitement de la dysfonction érectile Salle 343..... 14
Lille - CHRU Hôpital Huriez - Blandine DELEBECQ, Cédric JOLY, François MARCELLI
- ST9** La prise en charge du patient stomisé urinaire... Salle 342 A..... 15
Bayonne - Clinique Belharra - Sophie BISSEY
- ST10** Endométriose et prise en charge urologique Salle 351..... 17
Paris - Hôpital Tenon - Catherine LAUDIGNON, Lætitia QUENAU, Véronique PHÉ,
Cyril TOUBOUL
- ST11** Prévention des infections urinaires sous auto-sondage propre
intermittent Salle 352 B..... 18
Grenoble - CHU Grenoble Alpes - Anne-Sophie PARA, Caroline THUILLIER
- ST12** Prise en charge du cancer de la prostate au CHU de Rennes :
des soignants, des outils, un parcours. Salle 352 A..... 19
Rennes - CHU Pontchaillou - Alexandre CORBEL, Véronique LEROY,
Jean-Christophe PERRON, Romain MATHIEU

Quelle sonde pour quel patient : création d'un algorithme décisionnel du choix de sonde d'auto-sondage

Garches - Hôpital Raymond Poincaré
Julie DUBOIS

L'auto-sondage est le gold standard du traitement pour les vessies neurologiques, il est donc primordial que le patient soit acteur et qu'il adhère à sa prise en charge afin de protéger sa fonction rénale et diminuer le risque d'infections urinaires.

Le choix de sondes d'auto-sondage durant un temps dédié à l'éducation thérapeutique est une partie importante, nécessaire et indispensable.

Afin d'aider au choix de la sonde d'auto-sondage, un algorithme décisionnel a été créé et permet aux soignants d'adapter au mieux celle-ci grâce à différents critères comme l'état fonctionnel du patient, l'accès au périnée et les antécédents de chirurgie urologiques comme l'entérocystoplastie ou la stomie continente.

Cet algorithme a été évalué avec des données reproductibles et avec un consensus de médecins experts.

Préhabilitation et RAAC : un parcours « Optiday » pour optimiser la préparation et l'information du patient

Lyon - Centre hospitalier Lyon Sud
Béatrice FERREBOEUF, Gaëlle PROUX, Philippe PAPAREL

Notre programme de prise en charge de la cystectomie est basé sur une association préhabilitation et réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) en optimisant le parcours du patient sur une demi-journée afin de voir tous les acteurs de sa prise en charge. Notre objectif est de réduire la morbi-mortalité et de diminuer les complications post-opératoires afin de permettre aux patients une récupération de leur autonomie le plus rapidement possible.

Suite à une étude en 2018 dans notre établissement en chirurgie digestive sur la faisabilité d'un programme de préhabilitation associé à un programme RAAC, cette prise en charge a été adoptée en urologie pour les chirurgies majeures de la vessie.

Tel un marathonien se préparant pour son épreuve sportive, le patient qui doit subir une cystectomie doit être préparé au mieux physiquement, il doit avoir une bonne préparation respiratoire et nutritionnelle et un suivi personnalisé tout au long de sa préparation.

Nous proposons une préparation encadrée par une kinésithérapeute avec des exercices adaptés, d'intensités différentes, afin de planifier avec le patient un programme quotidien supervisé par un professionnel, un bilan nutritionnel fait par une diététicienne afin d'évaluer les besoins du patient en amont de la chirurgie et de préparer le post-opératoire, une infirmière de coordination RAAC qui pourra accompagner le patient tout au long de son parcours de soins.

Lors de l'hospitalisation, le programme RAAC fait suite à la préhabilitation afin de permettre une récupération précoce avec la pratique du jeûne moderne, de la reprise de l'orthostatisme et de l'activité physique pour que le patient récupère le plus rapidement possible et que le risque de complications soit diminué.

Cette prise en charge personnalisée et pluridisciplinaire commence lors de la consultation pré-opératoire, elle se poursuit lors de l'hospitalisation et après le retour à domicile.

Ce choix institutionnel a pour but de placer le patient au centre de la prise en charge et de le rendre acteur de cette prise en charge en étant accompagné et coaché par une équipe dédiée tout au long de son parcours de soins.

L'hypnosédation lors d'une PEC pour changement de double J bilatérale

Marseille - Institut Paoli-Calmettes

Marie-Aurélien FOURTINES-LAURENT, Léa CASSIN

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 différentes 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.

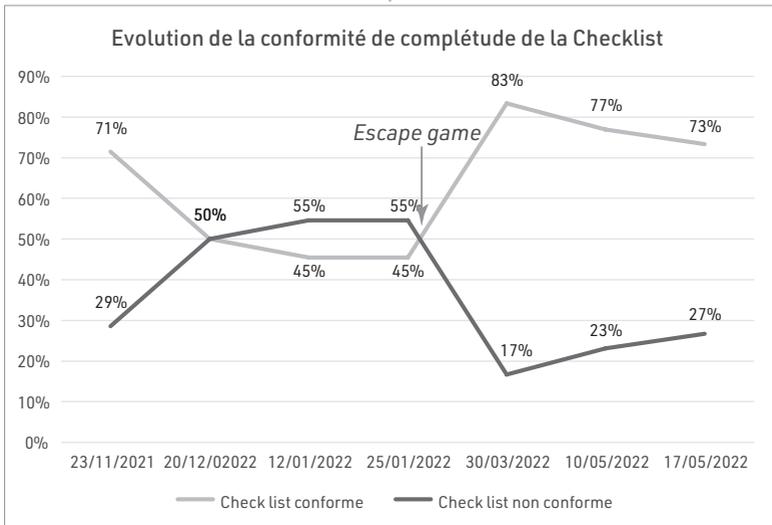


Résultats : Les 6 équipes ont donc participé avec engouement à cette action qualité en créant une dynamique collective. L'Escape Game a rappelé l'importance du rôle de chacun dans la sécurité de la prise en soins des patients avec une valeur éducative sur l'intérêt de la check-list, critère impératif 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

On peut noter une nette amélioration de la conformité de la check-list depuis l'Escape Game avec un discours positif porté par les équipes ayant participé au bloc des erreurs.



Atelier neuromodulation : vers un protocole de coopération

Paris - Hôpital Tenon

CCatherine LAUDIGNON, Véronique PHÉ

Comment accompagner la mise en place du neuro-modulateur sacré de chez Medtronic ?

En créant un atelier type groupe de parole :

- qui explique le fonctionnement du dispositif ;
- qui permet d'aider le patient à choisir le modèle si celui-ci est indécis ;
- qui reprend en préopératoire les catalogues mic-tionnels des patients ;
- qui quantifie les apports hydriques en réalisant une enquête alimentaire ;
- qui permet une démonstration de l'utilisation des télécommandes et du matériel de rechargement.

Cet atelier est fait conjointement avec l'IDE de consultation et l'ingénieur biomédical de Medtronic.

L'IDEC d'hospitalisation peut être présente selon les cas des patients.

Une formation certifiante à été proposée à l'infirmière pour apprendre comment paramétrer le neuro-modulateur en post-opératoire.

Cette infirmière assure le suivi et la reprogrammation éventuelle sous la délégation du médecin référent.

Un protocole de coopération est en cours d'écriture.

Coordination des soins péri-opératoires dans la prise en charge par laser de l'adénome de prostate

Toulouse - Clinique de l'Union
Philippe ROUVELLAT, Jean-Pierre BASTIÉ

MARDI
21/11

Salle 353

10:45 - 12:15

Table ronde

Le tour de la sonde en 80 minutes !

Modératrice infirmière : Laurence VILLE (Clinique Beau Soleil, Montpellier)

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

Ablation JJ aimant : un vrai jeu d'enfant

Martigues - Centre Hospitalier

Laura INGARGIOLA, Laurence MEURET, Valérie ZACHARIE, Eugénie DI CROCCO, Harry TOLEDANO

L'utilisation de la sonde double J est plus récente que ce que l'on croit.

En effet, ce n'est qu'en 1967 que la première pose de sonde d'endoprothèse urétérale a été effectuée par Zimskind et, en 1978, que la véritable sonde double J voit le jour.

Nous allons donc vous présenter, dans un premier temps, ce qu'est une sonde double J : indication, pose et retrait.

Puis, dans un deuxième temps, nous vous présenterons la sonde *Magnetic Black-Star* à l'aide de supports vidéos et photos : mise en place, retrait... afin de vous démontrer les avantages de cette méthode.

Au Centre Hospitalier de Martigues, nous utilisons la *Magnetic Black-Star* depuis 2017. Une méthode que nous développons de plus en plus chaque année (3 en 2017 et 78 fin septembre de cette année).

Nous nous appuyons sur l'étude comparative monocentrique que nous avons réalisé sur 3 mois dans notre service de consultation. Le temps d'ablation, le personnel nécessaire, la douleur au retrait, ainsi qu'un questionnaire dédié au confort de vie permettront peut-être répondre à la question : est-ce plus intéressant d'utiliser la *Magnetic Black-Star* ?

Éducation au traitement de la dysfonction érectile

Lille - CHRU Hôpital Huriez

Blandine DELEBECQ, Cédric JOLY, François MARCELLI

Nous organiserons notre présentation en abordant les points ci-dessous :

- Bref rappel d'anatomie et de la physiologie sexuelle masculine.
- Bilan (clinique et paraclinique) d'une dysfonction érectile et envisager les perspectives d'accompagnement thérapeutique à la lecture de ce bilan
- Panel thérapeutique actuel et le futur
- Apport infirmier dans l'accompagnement à l'éducation thérapeutique :
 - Avant la prescription, que faire ?
 - Prescriptions IPDE5 ;
 - Prescriptions PGE1 ;
 - Support mécanique type pompe à érection ;
 - Support péri-opératoire vers la prothèse pénienne.
- Approche holistique de la sexualité -> partenariat avec des correspondants sexologues.

Dysfonction érectile, iceberg visible de la dysfonction sexuelle, altère la qualité de la vie de la personne et de son éventuel couple. Les interactions avec la sphère féminine y sont nombreuses. Les dimensions culturelles, éducatives et les événements de vie devront être au mieux appréhendés. Les nouveaux vecteurs d'information et de communication (plateformes de rencontres, streaming, pornographie en ligne, etc.) modifient considérablement la perception de ce que pourrait être une sexualité normale. Pour finir, nous retiendrons que la qualité érectile est un marqueur du bien être cardio-vasculaire de l'homme. Être pro-actif dans une démarche de dépistage d'altération de celle-ci représente un enjeu médico-économique d'amélioration des politiques de santé.

La prise en charge du patient stomisé urinaire

Bayonne - Clinique Belharra
Sophie BISSEY

Les causes d'une stomie urinaire sont diverses :

- néoplasique,
- non tumorale (polyposes diffuses),
- neurologique (SEP, AVC),
- malformations génitales,
- traumatismes.

La dérivation transiléale de type Bricker est proposée dans la plupart des cas.

C'est une intervention lourde consistant à l'ablation de la vessie avec la dérivation des uretères à la peau implantés dans un segment d'iléon.

Il est donc nécessaire que le patient soit correctement informé lors de la consultation chirurgicale et de mettre en place avant l'intervention une consultation pré-opératoire en stomathérapie.

Cette consultation, organisée à distance de la consultation chirurgicale, permet d'informer le patient, de répondre à ses questions, de reformuler certaines explications, de faire la démonstration de matériel et de proposer la rencontre avec une personne stomisée s'il le souhaite.

Ce temps pré-opératoire est également consacré au repérage de la future stomie selon plusieurs critères (anatomique, antécédents chirurgicaux, habillage et activités du patient).

Lors de l'intervention, 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 survenir et restent à surveiller :

- obstruction d'une sonde urétérale,
- chute d'une sonde,
- hémorragie,
- nécrose,
- désinsertion,
- éviscération.

Le temps d'hospitalisation dure entre 10 et 15 j. Il va permettre aux patients stomisés, en capacité de le faire, d'apprendre à gérer ses soins et devenir autonomes.

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 de l'appareillage et la fréquence du changement.

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

- éventration,
- prolapsus,
- sténose,
- infection urinaire.

Des complications cutanées peuvent également apparaître :

- dermites,
- folliculites,
- bourgeons péristomiaux,
- cristaux de phosphates,
- lésion d'arrachage,
- mycose,
- 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, à la nécessité de s'adapter à cet appareillage dans sa vie professionnelle, familiale, sociale et sexuelle.

Les soignants, quel que soit leur lieu d'exercice, ont un rôle d'écoute et de soutien psychologique face à ses patients à qui ils doivent rappeler les conseils pour le soin, l'hygiène de vie, la surveillance quotidienne et les aider à s'autonomiser.

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

Endométriose et prise en charge urologique

Paris - Hôpital Tenon

Catherine LAUDIGNON, Lætitia QUENAULT, Véronique PHÉ, Cyril TOUBOUL

L'endométriose est définie par la HAS comme « la présence de glandes ou de stoma endométrial en dehors de l'utérus. C'est une maladie multifactorielle, résultant de l'action combinée de facteurs génétiques et environnementaux et de facteurs liés aux menstruations ».

L'endométriose a un impact sur la fertilité dans 30 à 40 % des cas, elle touche 10 % des femmes en âge de procréer (soit 1,5 à 2,5 millions de femmes).

L'endométriose nécessite une prise en charge par des infirmières expertes en urologie et en stomatothérapie lorsqu'elle a un retentissement fonctionnel ou lorsqu'elle altère le fonctionnement d'un organe.

La prise en charge de ces patientes nécessite une consultation pré- et post-opératoire par nos soins et un soutien psychologique sans faille.

MARDI
21/11

Salle 352 B

13:45 - 15:15

Séance Thématique 11

Prévention des infections urinaires sous auto-sondage propre intermittent

Grenoble - CHU Grenoble Alpes
Anne-Sophie PARA, Caroline THUILLIER

Prise en charge du cancer de la prostate au CHU de Rennes : des soignants, des outils, un parcours

Rennes - CHU Pontchaillou

Alexandre CORBEL, Véronique LEROY, Jean-Christophe PERRON, Romain MATHIEU

Introduction

Les traitements liés au cancer de la prostate peuvent être accompagnés d'un ensemble d'effets secondaires que ce soit sur le plan physique, cognitif, psychologique et social nécessitant un accompagnement spécifique.

Méthode

Depuis 2019, le service d'urologie bénéficie de l'expertise d'une infirmière de coordination dans le cadre du parcours de soin des patients atteints d'un cancer de la prostate (CaP). Cette dernière réalise des consultations d'annonce, d'instauration de traitement et de suivi. S'en est suivi l'arrivée d'un enseignant en activité physique adaptée (APA) en 2021 afin de réaliser les bilans d'activité physique ainsi que la mise en place de programme d'APA. Enfin, depuis septembre 2023, un IPA a rejoint l'équipe pour le suivi des patients atteints d'un CaP localisé. Le suivi est réalisé de manière standard (présentiel) et connecté (distanciel) par le biais de différents outils.

Résultats

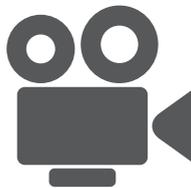
Cette prise en charge innovante permet un suivi global des patients dans l'optique de diminuer les effets secondaires liés aux traitements et d'améliorer la qualité de vie. Les outils connectés permettent, quant à eux, de suivre les potentiels effets secondaires, de les grader et de déclencher une consultation si besoin. Ainsi, les patients se sentent rassurés et une diminution des appels téléphoniques est constatée. Enfin, cette organisation permet d'optimiser l'information des patients, la prévention et le suivi des effets secondaires mais également améliorer le suivi médical grâce aux différents aspects abordés avec les différents professionnels paramédicaux.

Conclusion

Le service d'urologie du CHU de Rennes se veut un service innovant par la mise en place de parcours de soins standardisés pour les patients atteints d'un cancer de la prostate à l'aide de différents professionnels de santé et outils.

PROGRAMME **Planning journée**

15:30 > 17:30	FORUM ÉCHANGES ET VIDÉOS	Amphi. Bordeaux
15:30	V1 - Biopsies prostatiques : transition vers la voie transpérinéale et l'anesthésie locale	22
	Grenoble - CHU site Nord - Anne-Sophie PARA, Gaëlle FIARD	
15:55	V2 - Film pédagogique sur le parcours de la prostatectomie	23
	Toulouse - CHU Rangueil - Carine HUMBERT, Mathieu ROUMIGUIÉ	
16:20	V3 - Le sommeil chez les urostomisés	24
	Nîmes - CHU Carêmeau - Séverine DHONDT	
16:45	V4 - La gestion des bonnes pratiques IBODE lors de la pose d'un sphincter artificiel urinaire robot-assistée	25
	Strasbourg - CHRU - Déborah COMEAU, Thibault TRICARD	
17:10	V5a - Protocole ERAS : partage d'expérience	26
	Rabat, Maroc - CHU Ibn Sina - Leila RHAIB, Amine SLAOUI	
	V5b - La RAAC : 5 ans après...	27
	Bourg-en-Bresse - CH - Marie CROZIER, Réjane RAY, Claire DESPLACES, Logan MARTIN	



17:30	Assemblée Générale de l'AFIU	Amphi. Bordeaux
	(ouverte à tous les adhérents 2023 de l'association)	

Biopsies prostatiques : transition vers la voie transpérinéale et l'anesthésie locale

Grenoble - CHU site Nord
Anne-Sophie PARA, Gaëlle FIARD

Film pédagogique sur le parcours de la prostatectomie

Toulouse - CHU Rangueil

Carine HUBERT, Mathieu ROUMIGUIÉ

Le sommeil chez les urostomisés

Nîmes - CHU Carémeau
Séverine DHONDT

Le sommeil favorise la récupération physique, intellectuelle et psychologique. Il est primordial pour bien récupérer et avoir une bonne qualité de vie (OMS).

Chez les patients porteurs d'une dérivation urinaire, le sommeil va être perturbé et donc diminuer leur qualité de vie. La présence d'une stomie et l'altération de l'image corporelle qu'elle entraîne provoquent divers problèmes physiques et émotionnels. Peur d'avoir une fuite, difficulté d'endormissement, perturbation de l'image corporelle, diminution de l'estime de soi, impossibilité de dormir comme avant, de pouvoir bouger...

Il est donc primordial de les accompagner et de leur donner quelques conseils pour réduire leurs angoisses et de pouvoir mieux dormir.

La gestion des bonnes pratiques IBODE lors de la pose d'un sphincter artificiel urinaire robot-assistée

Strasbourg - CHRU

Déborah COMEAU, Thibault TRICARD

Le sphincter artificiel urinaire a été posé pour la première fois en 1972 en France et a révolutionné la prise en charge de l'incontinence urinaire.

Historiquement plus utilisé chez l'homme, avec un abord périnéal, il peut également être posé chez la femme, par voie ouverte, par laparoscopie, ou par laparoscopie robot-assistée.

Le développement de la pose de SAU par voie laparoscopique robot-assistée nécessite un apprentissage de l'équipe infirmière afin d'assurer la bonne gestion péri-opératoire au bloc et au service pour améliorer les résultats de cette technique.

Après avoir expliqué le fonctionnement de ce dispositif médical, puis l'intérêt de l'utilisation du robot dans une telle chirurgie, nous décrivons les précautions spécifiques et les mesures que nous avons mis en place d'un point de vue IBODE pour optimiser la prise en charge des patientes et la qualité des soins au sein de notre bloc opératoire.

Protocole ERAS : partage d'expérience

Rabat, Maroc - CHU Ibn Sina
Leila RHAIB, Amine SLAOUI

Cette étude présente les résultats de la première expérience marocaine de l'instauration d'un protocole de réhabilitation améliorée après cystectomie radicale pour cancer de la vessie.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, comparative, observationnelle, intitulée « *Protocole Enhanced Recovery After Surgery chez les patients opérés d'une cystectomie radicale* » durant 12 mois au sein du service d'urologie B de l'hôpital Ibn Sina, Rabat.

Le but est d'évaluer la faisabilité, l'impact et les limites de l'implémentation du programme ERAS adapté au contexte local, notamment en termes de complications, de délais de reprise du transit et de durée du séjour hospitalier après cystectomie radicale.

Résultats

Au total, 40 patients ont été inclus, 17 patients dans le protocole standard et 23 patients dans ERAS. Les deux groupes étaient comparables en termes de données démographiques. La récupération de la fonction intestinale était significativement plus rapide dans le groupe ERAS. La médiane du délai de reprise de gaz dans le groupe ERAS était de $35,1 \pm 13,8$ heures alors que le délai moyen dans le groupe témoin était de $65,86 \pm 24,62$ heures ($p \leq 0,0001$). La moyenne de durée de séjour était de 11,4 j vs 9,7 j ($p = 0,04$) en faveur du groupe ERAS.

Discussion

Le programme ERAS est fiable et implantable dans un service moyennant une implication de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales. Des limites peuvent être liées à la fois aux patients, aux soignants mais aussi à l'ensemble de l'organisation du système de soins. Un leadership infirmier qui favoriserai la communication permettrai l'adhésion et l'engagement de l'ensemble des intervenants, soignants et patients. Néanmoins, l'administration devrait améliorer la disponibilité des ressources et pour une meilleure gestion de la charge de travail.

Conclusion

L'amélioration de la prise en charge péri-opératoire des cystectomies radicales pour cancer de la vessie par l'application d'un programme de réhabilitation précoce a permis de réduire de façon significative la durée de séjour hospitalier. Le programme ERAS est fiable et implantable dans un service moyennant une implication de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales.

La RAAC : 5 ans après...

Bourg-en-Bresse - CH

Marie CROZIER, Réjane RAY, Claire DESPLACES, Logan MARTIN

Il était une fois... la RAAC en urologie...

2018, début de ce grand projet pour notre unité, une mise en place rapide avec un équipe pluridisciplinaire très investie et motivée qui associent

La création de protocoles, des outils d'accompagnement du patient ainsi que la mise en place d'une consultation dédiée avec une IDE RAAC.

Cette prise en charge personnalisée a permis aux patients de conserver leur autonomie, de diminuer le risque de complications post-opératoires et leur durée d'hospitalisation.

Ce programme a été et est encore réévalué régulièrement pour identifier les freins à lever et l'améliorer.

Aujourd'hui, nous vous présentons une synthèse de son évolution au cours de ces 5 années écoulées depuis sa mise en place.

PROGRAMME Planning journée

Amphithéâtre Bordeaux

08:45 Ouverture de la journée

Françoise PICARD, Présidente de l'AFIUU
Alexandre DE LA TAILLE, Président de l'AFU
Julien BRANCHEREAU, Jonathan OLIVIER, organisateurs et référents AFU

09:00 > 10:30 BRÈVES

09:00 Facteurs de risque et adénocarcinome de prostate31
Pointe-à-Pitre - CHU Abymes - Nancy GALANTH, Laurent BRUREAU

09:20 Évaluation d'un parcours de soins digital dans la prise en charge
de la prostatectomie robot-assistée32
Toulouse - CHU Rangueil - Rémi FAURE, Mathieu ROUMIGUIÉ

09:40 Missions de l'infirmière conseil chez un prestataire de santé33
Audrey GALLAIS, Nathalie MARIN, Emilie SALERY, Jean-Pierre BASTIÉ

10:00 Le parcours SOS lithiase34
Lyon - HCL Hôpital Edouard Herriot - Nora JAMALI, Nadia ABID

10:15 Labélisation de solutions pour la sécurité du patient liées aux énergies laser
en urologie35
Cergy-Pontoise - Hôpital Novo - Diana KHASSAB, Stéphane BART

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

11:00 > 16:30 CONFÉRENCES

11:00 La chirurgie transgenre37
Limoges - CHU Dupuytren 1 - Joël JUIS, Romain PELETTE

12:00 Déjeuner

PROGRAMME Planning journée

-
- 14:00** Parcours de soins d'une patiente atteinte d'un syndrome douloureux vésical 38
Bordeaux - CHU Pellegrin - Mélanie PERRET, Grégoire CAPON
-
- 14:20** Recherche sur les pratiques infirmières : évaluation d'un outil digital
pour la coordination des parcours de soins. 39
Bordeaux - CHU Pellegrin - Emmanuelle CALLEDE, Françoise PICARD, Solène RICARD,
Jean-Christophe BERNHARD
-
- 14:35** 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 2024 avec la prise en charge des frais de transport et 1 nuitée d'hôtel.
*Seules les infirmières et infirmiers titulaires du RPPS seront éligibles conformément à la réglementation
en vigueur.*
-
- 14:50** Présentation d'un « Challenge de cas pratiques » pour 2024 
avec le soutien des Laboratoires Convatec
3 cas pratiques présentés par Clotilde BOUTHORS et Jean-Michel MARQUET
-
- 15:10** Prévention des complications cutanées des urostomies 40
Paris - Hôpital Tenon - Lætitia QUENAULT
Paris - Hôpital Pitié-Salpêtrière - Axelle PIERRE-JOSEPH
-
- 15:35** Challenger le futur 41
Toulouse - Jean-Pierre BASTIÉ
-
- 16:00** Fin des 44^{es} Journées de l'AFIU
-

Facteurs de risque et adénocarcinome de prostate

Pointe-à-Pitre - CHU Abymes
Nancy GALANTH, Laurent BRUREAU

Le cancer de la prostate est la pathologie tumorale la plus fréquente et la 3^e cause de mortalité par cancer chez l'homme avec plus de 8 000 décès par an.

Il existe des disparités en termes d'incidence et de mortalité sur l'ensemble du territoire français. En effet, l'incidence standardisée est de 89 / 100 000 habitants contre 170 / 100 000 habitants aux Antilles. De même, la mortalité est double aux Antilles avec une mortalité standardisée de 23 / 100 000 habitants contre 10 / 100 000 habitants en France hexagonale.

Les facteurs de risque sont multiples : l'âge, l'origine ethno-géographique, les antécédents familiaux, les facteurs génétiques et l'exposition à certains facteurs environnementaux comme les pesticides.

Il n'existe pas de chimio-prévention du cancer de la prostate.

Le risque de développer un cancer de la prostate est individuel et conditionné par des critères intrinsèques non modifiables mais modulé par le contexte environnemental.

Connaître les facteurs de risque est important pour adapter le rythme de dépistage individuel et mieux sélectionner les patients éligibles à une détection précoce.

Évaluation d'un parcours de soins digital dans la prise en charge de la prostatectomie robot-assistée

Toulouse - CHU Rangueil

Rémi FAURE, Mathieu ROUMIGUIÉ

Missions de l'infirmière conseil chez un prestataire de santé

Audrey GALLAIS, Nathalie MARIN, Emilie SALERY, Jean-Pierre BASTIÉ

La diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) dans les établissements de soins a rendu nécessaire l'accompagnement du retour anticipé des patients à leur domicile.

Pour faire le lien entre ces établissements, le patient, son entourage et l'équipe soignante de ville, les prestataires de santé prennent désormais une place croissante dans cette prise en charge.

Ils jouent un rôle majeur dans le relai ville/hôpital et, pour valoriser cette activité, ils ont besoin de spécialistes. C'est là qu'interviennent dans notre domaine les infirmières expertes en urologie employées par les PSAD.

Elles assurent la coordination des soins, concourent à la formation des équipes de ville et soutiennent les infirmières libérales qui assurent l'apprentissage aux auto-soins.

Leur expertise est un atout majeur pour les PSAD. Elles parlent le même langage que les soignants qu'elles rencontrent en amont, avant la sortie du patient et, en aval, après le retour à domicile.

Elles connaissent les pathologies, les soins et le matériel nécessaire à la réalisation des soins spécifiques « hors les murs ».

Dans leurs activités en urologie, deux aspects majeurs sont pris en compte par ces IDE expertes en urologie : les troubles vésicaux-sphinctériens et la stomathérapie.

Le parcours SOS lithiase

Lyon - HCL Hôpital Edouard Herriot
Nora JAMALI, Nadia ABID

La colique néphrétique est un motif fréquent de consultation au service des urgences (SU). Sa prévalence est en constante augmentation dans les pays industrialisés puisqu'elle touche 1 personne sur 10 en France. Elle a un impact important dans la vie du malade (douleurs intenses, arrêt de travail, interventions chirurgicales multiples, errance médicale, etc.) mais aussi des conséquences économiques pour la société.

Depuis le mois de janvier 2023, au sein de l'hôpital Edouard Herriot (Lyon), un nouveau parcours a vu le jour afin de prendre en charge les patients sortant des urgences pour des crises de coliques néphrétiques simples.

Le parcours MOCAS (Moteur d'Organisation et de Coordination des Actes de Soins) signale à l'IPA (Infirmière de Pratique Avancée) l'admission du patient au SU, pour lui permettre de l'orienter vers des consultations d'urgence urologique en vue d'un traitement chirurgical, ou de les voir en consultation à 1 mois avec l'urologue pour le suivi de leur maladie lithiasique.

Bien qu'elle soit souvent en lien avec des problèmes diététiques, la crise de colique néphrétique peut également révéler des pathologies métaboliques complexes ou héréditaires rares, nécessitant une prise en charge spécifique. Dans ce dernier cas, l'IPA peut également orienter ces patients en hôpital de jour (HDJ) néphrologique pour la réalisation de bilans lithiasiques plus approfondis.

Du 1^{er} janvier au 30 juillet 2023 : 376 parcours déclenchés, 44 patients pris en charge en consultation urologique d'urgence et 48 patients adressés en HDJ néphrologiques pour des bilans de 2^e intention.

Ce nouveau dispositif, innovant et unique en France, permettra de fluidifier le parcours du patient et de coordonner les différents services gravitant autour de lui pour une prise en charge plus holistique.

Labélisation de solutions pour la sécurité du patient liées aux énergies laser en urologie

Stéphane BART - Cergy-Pontoise - Hôpital Novo
Diana KHASSAB - Méthodologiste-chef de projet, AFU, Paris

Pour éviter qu'une intervention utilisant le laser en urologie ne génère des complications pour le patient (et pour le professionnel)

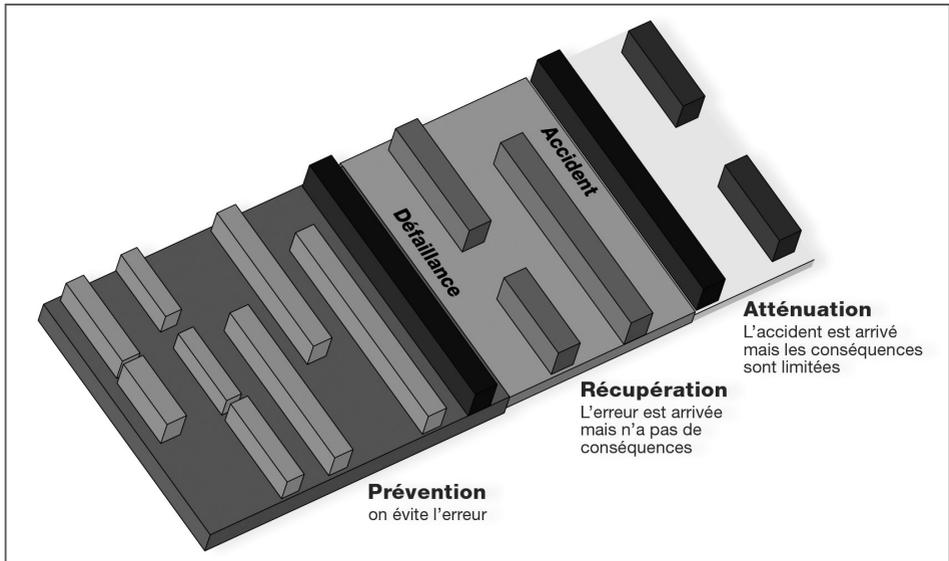
L'accréditation est un programme volontaire d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui concerne les médecins et les équipes médicales exerçant une spécialité dite à risques en établissement de santé (gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, échographie obstétricale).

Les urologues engagés dans le dispositif d'accréditation déclarent et analysent des événements indésirables associés aux soins (EIAS) survenus dans leur pratique quotidienne. L'usage du laser s'est développé dans la chirurgie de l'adénome de la prostate et la lithiase.

1 376 EIAS liés à des procédures urologiques ont été déclarés entre mai 2016 et décembre 2020, parmi lesquels 149 EIAS déclarés lors de l'utilisation des énergies laser.

Cette base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation, appelée base REX, compile ces EIAS et leurs analyses en vue d'en tirer des enseignements : permettre aux organismes agréés d'émettre des alertes auprès des médecins accrédités, contribuer à l'élaboration ou à la révision de recommandations professionnelles, développer des outils pour la pratique quotidienne.

Ces informations recueillies, sur le plan national, servent de base à l'élaboration par les organismes agréés pour l'accréditation (OA) de solutions pour la sécurité du patient (SSP). Ces SSP sont des outils au service de la pratique quotidienne des professionnels. Elles ont pour objectif de réduire la récurrence et la gravité des EIAS en renforçant les mesures de prévention et en permettant soit d'annuler les conséquences d'un événement indésirable en cours de constitution (récupération), soit de réduire les conséquences de l'événement indésirable survenu (atténuation). Plusieurs SSP ont été à ce jour élaborées par des sociétés savantes et labellisées par la HAS (SSP type 2) ; nous citons la plus récente sur l'utilisation de l'électrochirurgie au bloc opératoire. Nous présentons ce travail de SSP « laser en urologie », élaboré sur l'année 2023 selon les règles de l'art, et actuellement en cours de relecture et de validation. Cette méthodologie est adaptable à l'évaluation de n'importe quel risque avec l'aide de la cellule qualité de vos établissements.



Fiche 1. Concepts et points clés pour aborder la sécurité 1 des soins
<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf>

La chirurgie transgenre

Limoges - CHU Dupuytren 1
Joël JUIS, Romain PELETTE

Parcours de soins d'une patiente atteinte d'un syndrome douloureux vésical

Bordeaux - CHU Pellegrin
Mélanie PERRET, Grégoire CAPON

Le syndrome de la vessie douloureuse, une pathologie chronique rare et handicapante, nécessite une prise en charge globale de la patiente. Divers traitements médicamenteux, chirurgicaux ou des instillations intravésicales peuvent être proposés pour soulager les symptômes une fois le diagnostic établi.

Recherche sur les pratiques infirmières : évaluation d'un outil digital pour la coordination des parcours de soins

Bordeaux - CHU Pellegrin

Emmanuelle CALLEDE, Françoise PICARD, Solène RICARD, Jean-Christophe BERNHARD

Le cancer du rein représente 2 à 3 % des cancers solides de l'adulte. Dans le monde, on estime que plus de 430 000 personnes par an sont diagnostiqués avec un cancer du rein. Chaque année, en France, 13 500 patients ont une néphrectomie totale ou partielle. Le développement des techniques chirurgicales mini-invasives et la structuration de parcours de soins innovants de prise en charge des tumeurs du rein en réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) et voire même en ambulatoire ont conduit à une diminution importante des durées de séjours. La physionomie du parcours de soin des patients opérés d'une tumeur du rein s'en trouve totalement modifiée du fait de l'accélération des étapes hospitalières, la réduction du temps d'interaction soignant-soigné et la complexification de l'intervention des professionnels de santé. Ceci peut, en retour, engendrer pour le patient une sensation d'altération de la qualité de prise en charge et de rupture du suivi médical. Ces constats rendent nécessaire le renforcement de nouvelles organisations à l'échelle de l'épisode de soin avec un transfert de moyens vers la coordination des parcours chirurgicaux. Le rôle de l'infirmière en urologie y est primordial.

Nous présentons le principe d'une coordination infirmière digitalisée par le dispositif médical de télésurveillance UroConnect® des parcours de soin de néphrectomie et son évaluation multicentrique française randomisée.

Prévention des complications cutanées des urostomies

Paris - Hôpital Tenon - Lætitia QUENAULT

Paris - Hôpital Pitié-Salpêtrière - Axelle PIERRE-JOSEPH

En tant qu'infirmières stomathérapeutes, référentes plaies et cicatrisation, nous constatons souvent qu'un patient sur deux est confronté dans sa nouvelle vie de stomisé à un problème de plaies péristomiales.

Plaies dues à plusieurs facteurs, les principaux étant : le contact de la peau avec les effluents, les fuites ou encore des soins inappropriés comme la découpe inadaptée du support, la formation de calculs de struvite, l'allergie au support adhésif est très rare (1 à 7 % des cas). Celle-ci peut aller de la simple irritation à une plaie nécessitant des soins complexes.

La dermite péristomiale représente la première cause de consultation en stomathérapie.

Challenger le futur

Toulouse - Jean-Pierre BASTIÉ

Notes

Notes

Notes



Organisation

Colloquium - CFU-JDI 2023

18 rue de Londres

75009 Paris

Téléphone : 01 44 64 15 15

E-mail : cfu@clq-group.com



colloquium