

Cystectomie

GÉNÉRALITÉS :

- Indication dans le cancer de vessie NoMo
- Souvent associée à un curage ganglionnaire
- Cystoprostatectomie chez l'homme; pelvectomie antérieure avec hystérectomie chez la femme ; avec ou sans reconstruction vésicale (entérocystoplastie)
- ⇒ Chirurgie longue, douloureuse et hémorragique
 - un 1^{er} temps de chirurgie d'exérèse hémorragique
 - un 2^e temps de reconstruction (entérocystoplastie) ou de confection de Bricker avec anastomose digestive

PRÉOPÉRATOIRE :

➤ Consultation :

- évaluation EG ; examen cardiovasculaire
- information PCA morphine IV et transfusion éventuelle
- commande prévisionnelle de sang
- ordonnance de bas de contention

➤ Bilan :

- bilan d'extension fait par le chirurgien
- NFS, hémostase, BES avec urée et créatinine, ECBU, ECG, RP, Groupe, RAI
- la veille de l'intervention : nouvelles RAI

➤ Prémédication :

- classique + traitement habituel sauf CI
- ne pas oublier les antalgiques si douleur préopératoire
- HBPM la veille de l'intervention ; bas de contention

PEROPÉRATOIRE :

➤ Durée : de 4 à 6 heures

➤ Installation :

- table standard permettant l'hyperlordose, bras en croix
- deux voies veineuses de bon calibre, un accélérateur-réchauffeur de transfusion
- monitoring classique, couverture chauffante

➤ Induction :

- antibioprophylaxie : céfoxitine 2 g puis 1 g / 2 h
- AG classique avec curarisation ; IOT ; sonde thermique, couverture chauffante
- KT central jugulaire interne et pose 2^e voie veineuse ; sonde gastrique

➤ Entretien :

- O₂ / N₂O + halogéné + morphinique en bolus
- curare : en bolus avec monitoring de la curarisation, ou administration à la SAP

(suite)

- Réveil :
 - 30 à 45 min avant la fin : Perfalgan[®] 1 g
 - prévention des NVPO selon protocole
 - réveil et extubation sur table : selon le contexte

POSTOPÉRATOIRE :

- Réanimation hydroélectrolytique
- Analgsie :
 - Perfalgan[®] 1 g / 6 h ; Spasfon[®] 2 A / 8 h ; Acupan[®] 120 mg/j en SAP ; morphine PCA IV
- Bilan :
 - NFS, BES ; TP-TCA si intervention hémorragique ; RP pour contrôle de KT central
 - idem à J1
- Surveillance : sonde gastrique, sonde vésicale, sondes urétérales, redons
- HBPM et bas de contention
- Reprise du traitement habituel le lendemain selon le contexte
- Reprise de l'alimentation à la reprise du transit