

TD Cancers Urologiques

LA & YP Promo 2023-2026 année 2025-2026

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



PLAN

■ Introduction

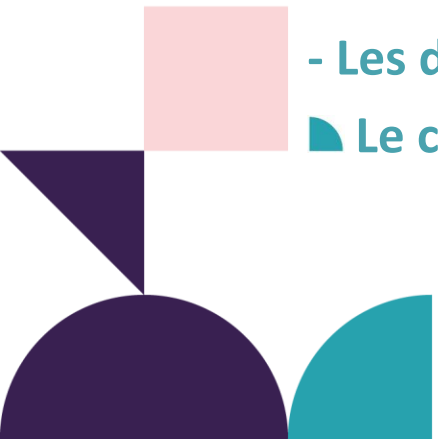
■ Le cancer de prostate

- Symptômes
- Différentes PEC
- La prostatectomie radicale
- Radiothérapie externe et curiethérapie
- Hormonothérapie adjuvante

■ Le cancer de vessie (pec)

- Les dérivations

■ Le cancer du rein



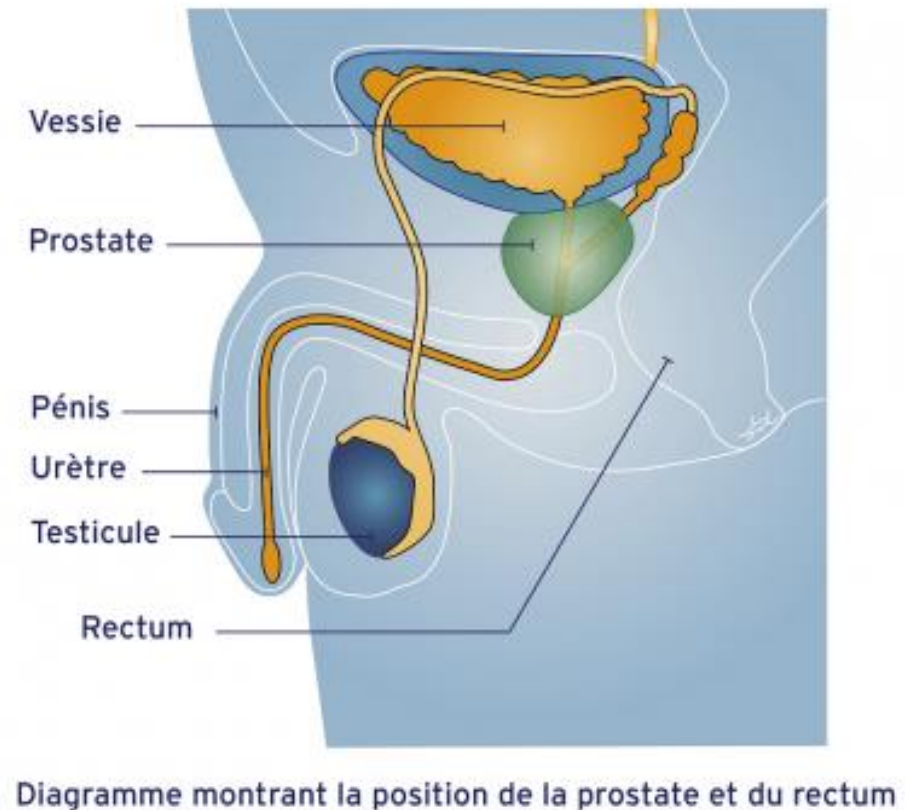
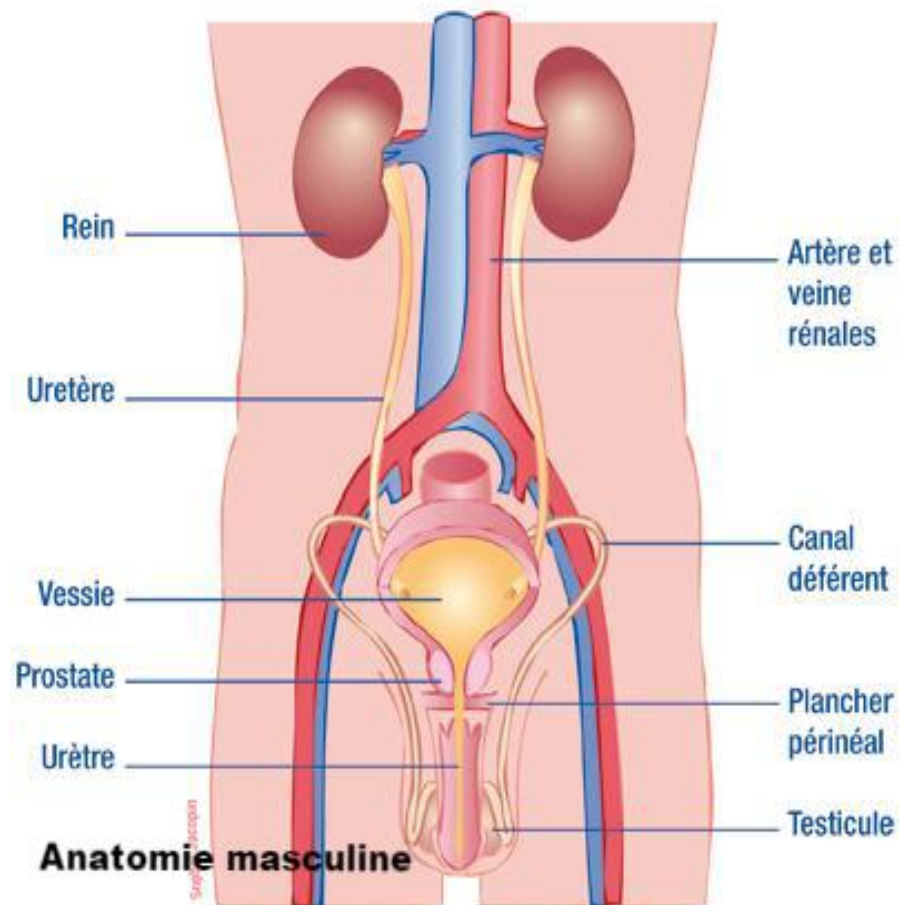


Introduction

RAPPEL ANATOMIQUE

4

- Les cancers urologiques comprennent principalement les cancers de la prostate, de la vessie, du rein et de l'urètre.





Le cancer de prostate

- L'adénocarcinome (90% des cas) se développe au départ de cellules glandulaires de la prostate. Il s'agit des cellules qui sécrètent le liquide prostatique qui, avec les spermatozoïdes produits par les testicules et le liquide produit dans les vésicules séminales, constituent le sperme.
- On distingue 4 stades dans le cancer de la prostate (selon l'étendu de la propagation)
- Classification selon TNM



Symptômes

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



■ Symptômes urinaires

- pollakiurie, dysurie, incontinence urinaire, Brûlures/douleurs mictionnelles

■ Symptômes sexuels

- dysfonction érectile, Éjaculation douloureuse

■ Symptômes liés à l'extension tumorale

- AEG/ANOREXIE/AMAIGRISSEMENT, Douleurs persistantes dans le bas du dos, les hanches, ou le bassin, qui peuvent évoquer des métastases osseuses

Classification de D'amico

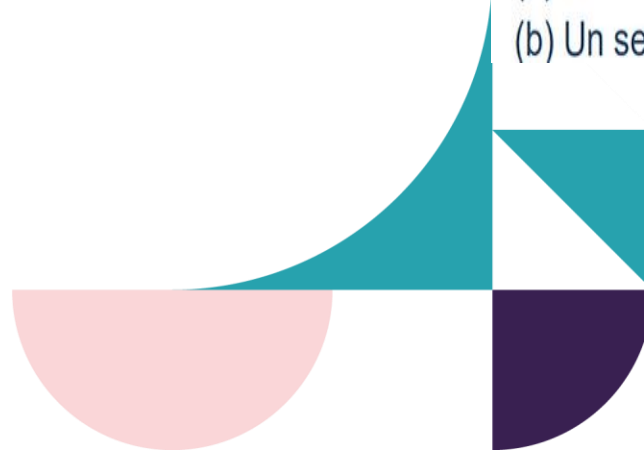
- **Score de Gleason** : système de classification dans le cancer de la prostate = analyse microscopique des cellules tumorales après une biopsie prostatique
- **PSA** : teneur en Antigène Prostatique Spécifique (PSA) dans le sang
- **Stade clinique**

Tableau 1 - Cancers de la prostate localisés : risque de récurrence biochimique (classification de D'Amico)

	Faible risque (a)	Risque intermédiaire	Haut risque (b)
Stade clinique	$\leq T2a$	T2b	T2c-T3a
Score de Gleason	<i>et</i> ≤ 6	<i>ou</i> 7	<i>ou</i> > 7
PSA sérique (ng/ml)	<i>et</i> < 10	<i>ou</i> > 10 <i>et</i> < 20	<i>ou</i> > 20

(a) Un faible risque implique la totalité des critères.

(b) Un seul critère présent suffit pour considérer le risque élevé





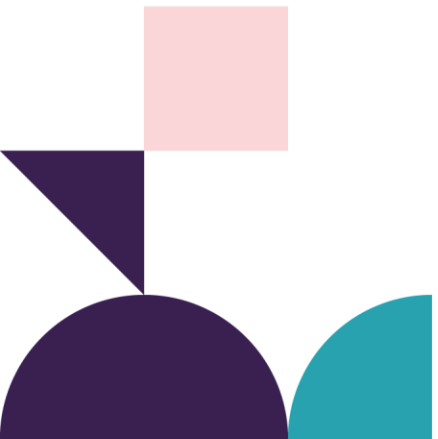
Les différentes Prises en charge

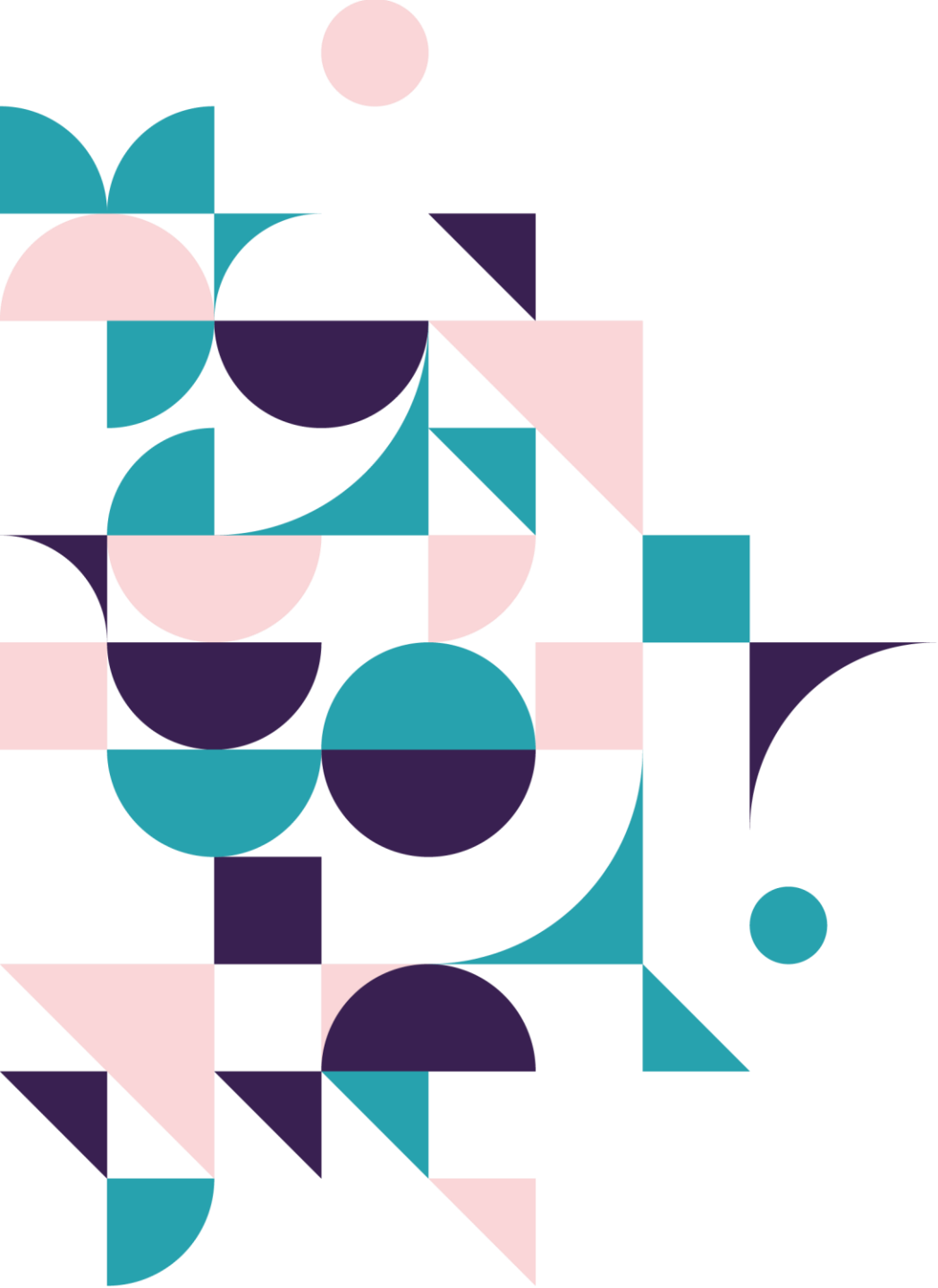
LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



- Surveillance active (cancers à faible risque peu évolutifs) : suivis réguliers (PSA, toucher rectal, biopsies), programmation et explication des examens (scintigraphie, PBP, IRM....), surveillance de l'adhésion au protocole de suivi et éducation thérapeutique.
- Chirurgie (prostatectomie radicale) : ablation complète de la prostate, souvent recommandée chez les patients jeunes ou à risque intermédiaire à élevé.
- Radiothérapie externe ou curiethérapie : irradiation ciblée de la tumeur, parfois en association avec hormonothérapie selon le risque.
- Hormonothérapie adjuvante : parfois associée aux traitements locaux dans les cancers à haut risque





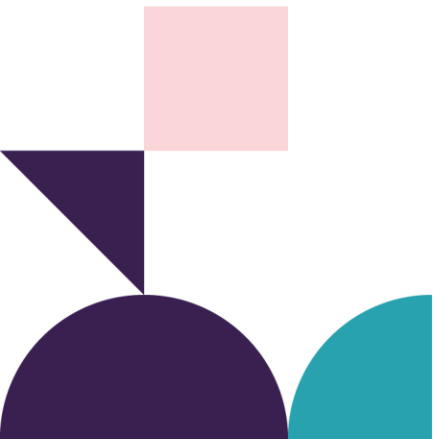
La prostatectomie radicale

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

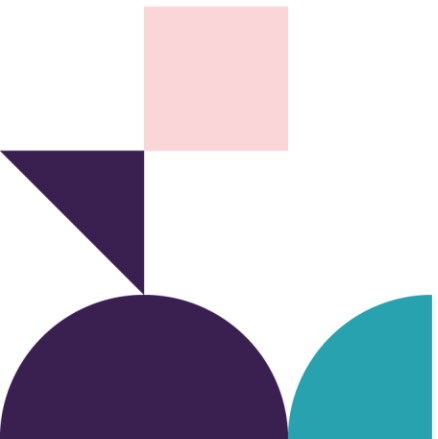


- ▀ Hospitalisation 24/48 heures
- ▀ Chirurgie robotique et/ou coelioscopique ou en laparo
- ▀ Suites post opératoires simples
- ▀ SAD en place 15 jours pour cicatrisation



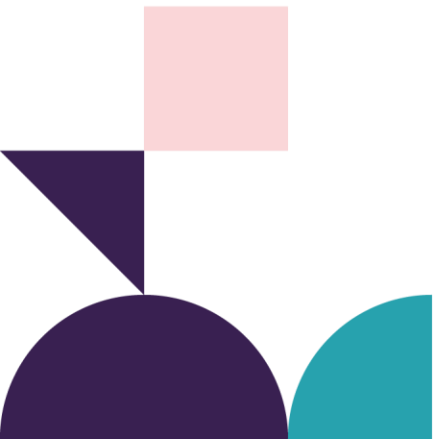
Rôle IDE

- Préparation préopératoire, explication du déroulement et des effets secondaires potentiels (incontinence, troubles sexuels, douleur).
- Surveillance post-opératoire intense : contrôle de la douleur, gestion des drains, prévention des complications (infection, saignement).
- Éducation du patient sur la rééducation périnéale et la prise en charge des effets secondaires à domicile



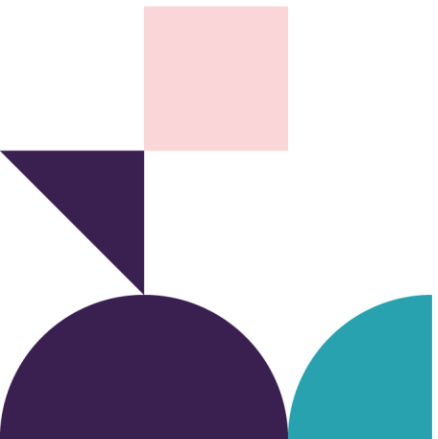
Risques et complications

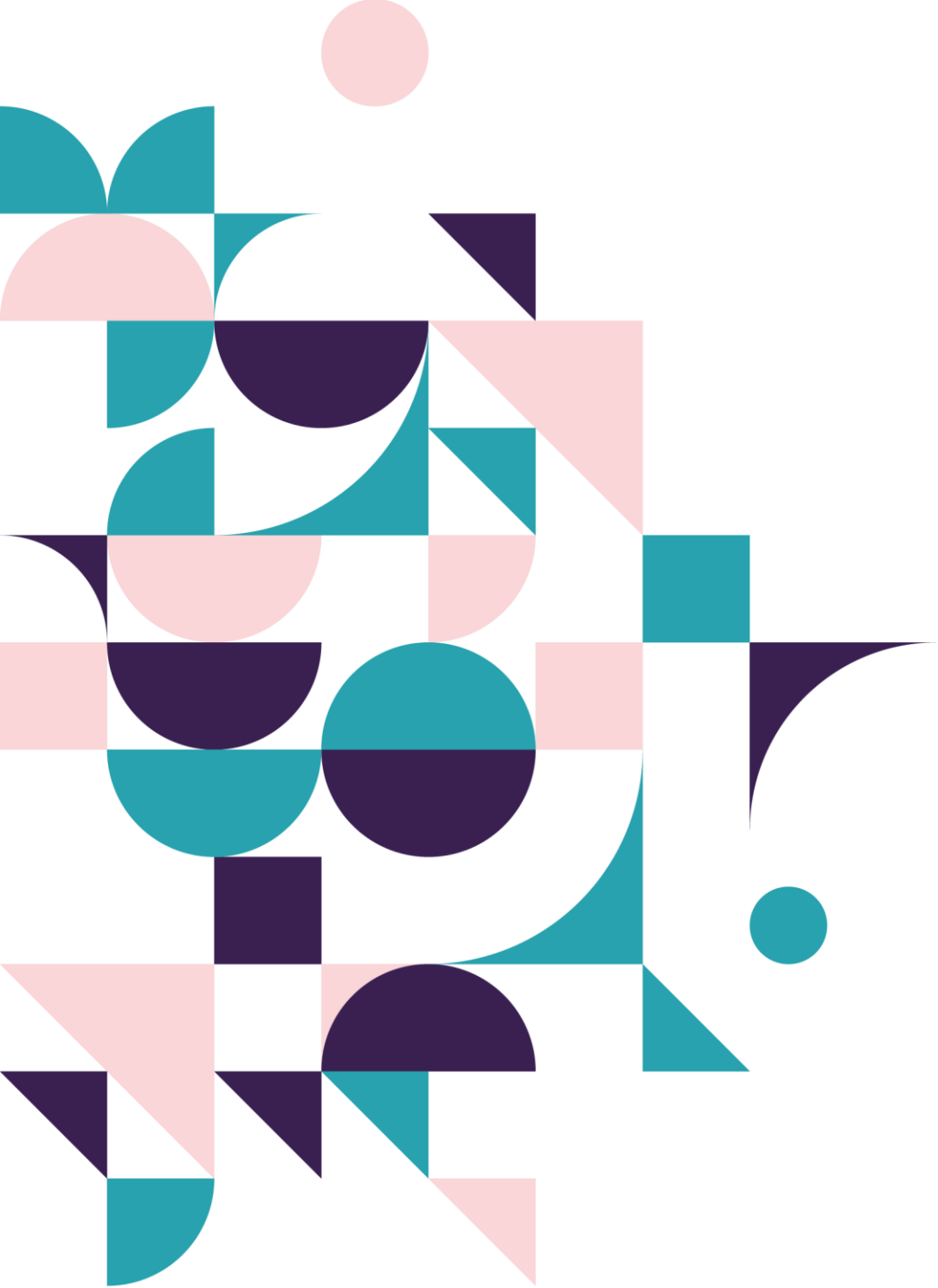
- Risque Infectieux
- Risque Thromboembolique
- Risque de douleurs



Risques plus tardifs

- Risque d'incontinence
- Risque de Perturbation de la sexualité
- Dysfonction érectile par lésion ou traumatisme des nerf contrôlant l'érection pendant la chirurgie) = Traitements possibles
- TB de l'éjaculation = éjaculation rétrograde (dans la vessie) devant l'absence de la prostate et des vésicules séminales
- Baisse de la libido souvent psychologique





Radiothérapie externe / curiethérapie

LE VINATIER

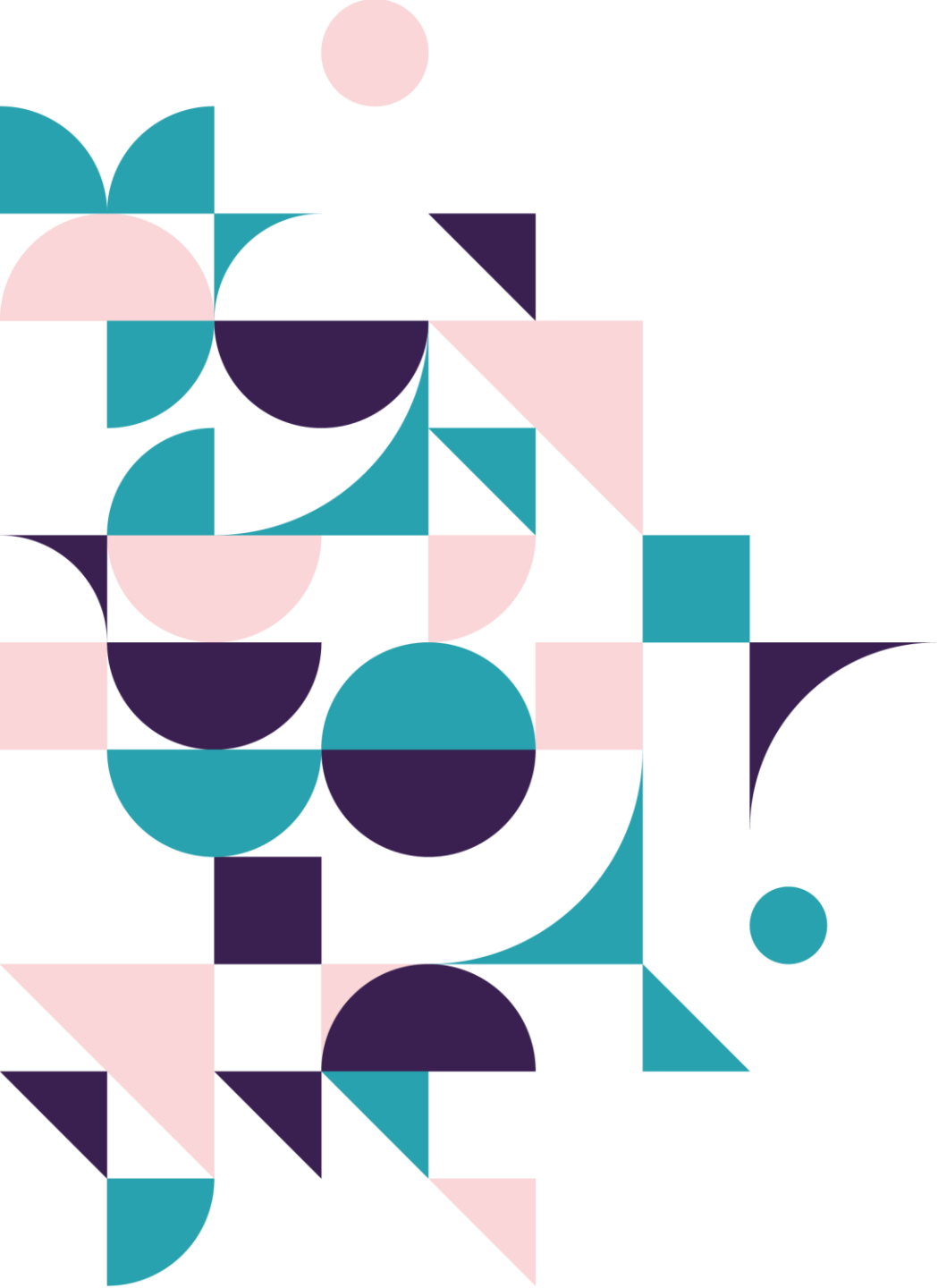
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



Rôle IDE

- Accueil et accompagnement du patient pendant les séances, gestion de la fatigue liée aux traitements.
- Surveillance des effets secondaires cutanés, urinaires et digestifs à court et long terme.
- Information sur les soins d'hygiène pendant et après la radiothérapie pour limiter les effets secondaires.





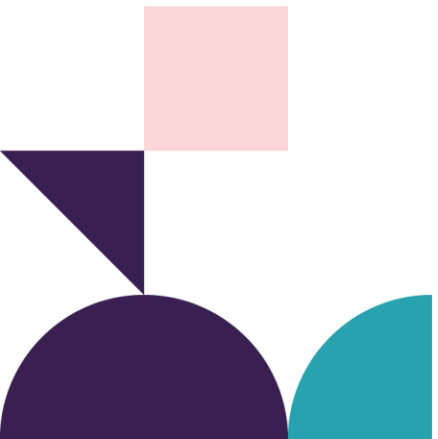
Hormonothérapie adjuvante

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



- Surveillance des effets secondaires hormonaux (bouffées de chaleur, troubles métaboliques, ostéoporose).
- Suivi régulier des bilans sanguins et biochimiques en lien avec le traitement.
- Soutien psychologique car ce traitement peut influencer la qualité de vie (trouble de l'humeur, sexualité).













Cancer de vessie

LA CLASSIFICATION DES TUMEURS DE LA VESSIE

22

- Dans plus de 95 % des cas, il s'agit d'une tumeur urothéliale = Carcinome

		TVNIM Tumeur non infiltrante			TVIM Tumeur infiltrante			
		Tis	Ta	T1(a-b)	T2	T3a	T3b	T4a-T4b
	Urothélium Chorion Muscle superficiel Muscle profond Tissu adipeux							
Organes de voisinage								



SYMPTÔMES

LE VINATIER

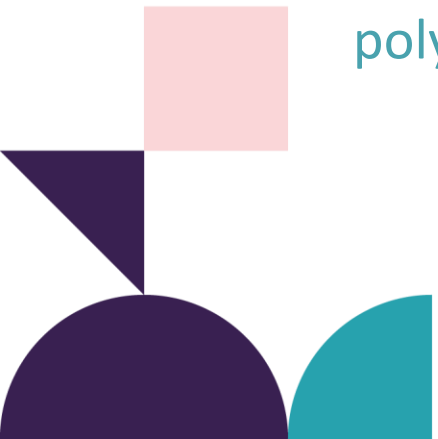
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

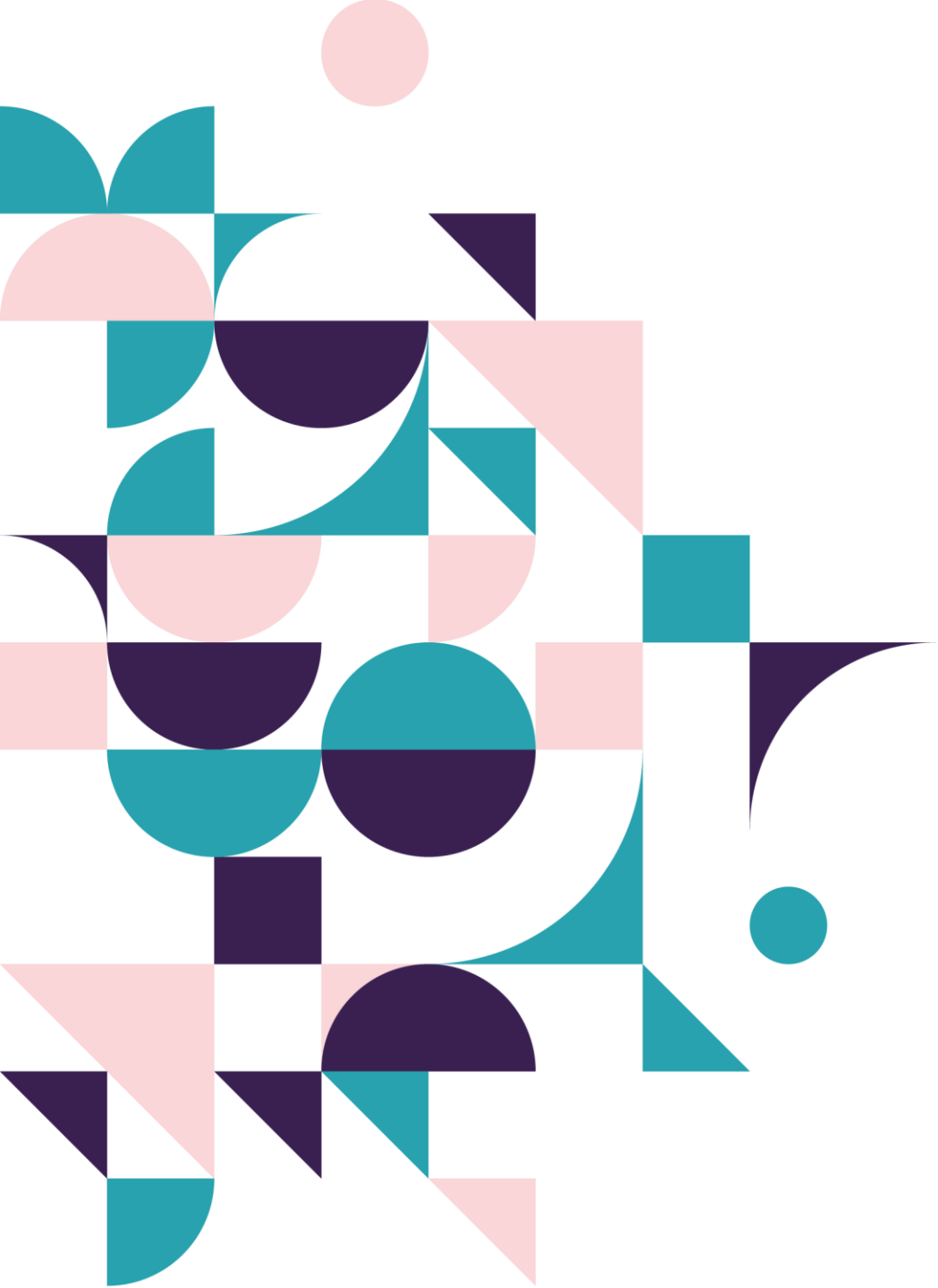


- **Hématurie macroscopique** : généralement en fin de jet = Hématurie terminale
- +/- présence de caillots (sans autre signes associés)

Autres symptômes

- Les polypes peuvent souvent entraîner des envies d'uriner fréquentes de jour comme de nuit (pollakiurie),
- des envies pressantes d'uriner (impériosités),
- une infection urinaire récidivante malgré le traitement (liée à la présence du polype).





Prise en charge

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



▀ Examen cyto bactériologique des urines (ECBU):

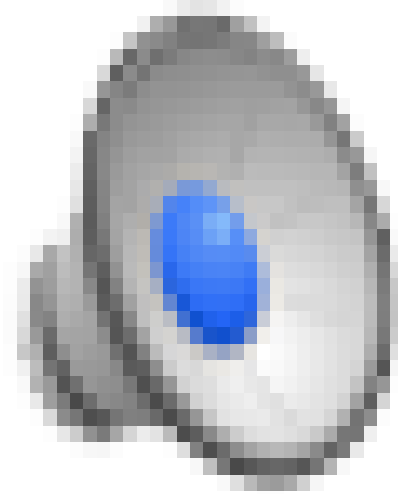
Il permet de confirmer la présence de sang dans les urines, et de rechercher une éventuelle infection urinaire qui pourrait l'expliquer.

▀ Fibroscopie vésicale (cystoscopie):

La fibroscopie permet d'affirmer la présence d'un ou plusieurs polypes, de déterminer les aspects et sa (ses) localisation(s).

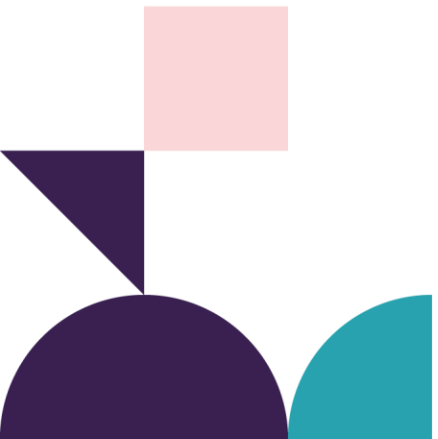
▀ Cytologie urinaire (analyse microscopique):

C'est l'examen des cellules desquamées qui sont éliminées naturellement dans l'urine du patient. L'examen s'effectue sur les premières urines du patient (on appelle les urines «fraîches» les premières urines du matin qui sont constituées de toutes les cellules mortes déposées au fond de la vessie durant plusieurs heures sans miction.



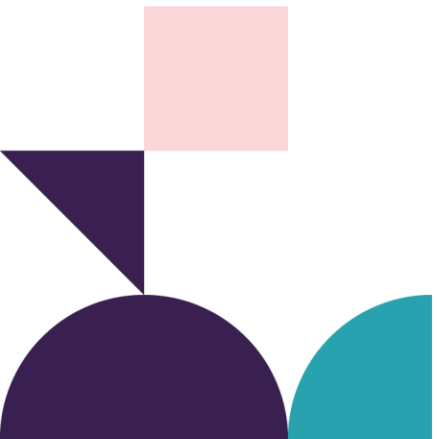
Rôle IDE

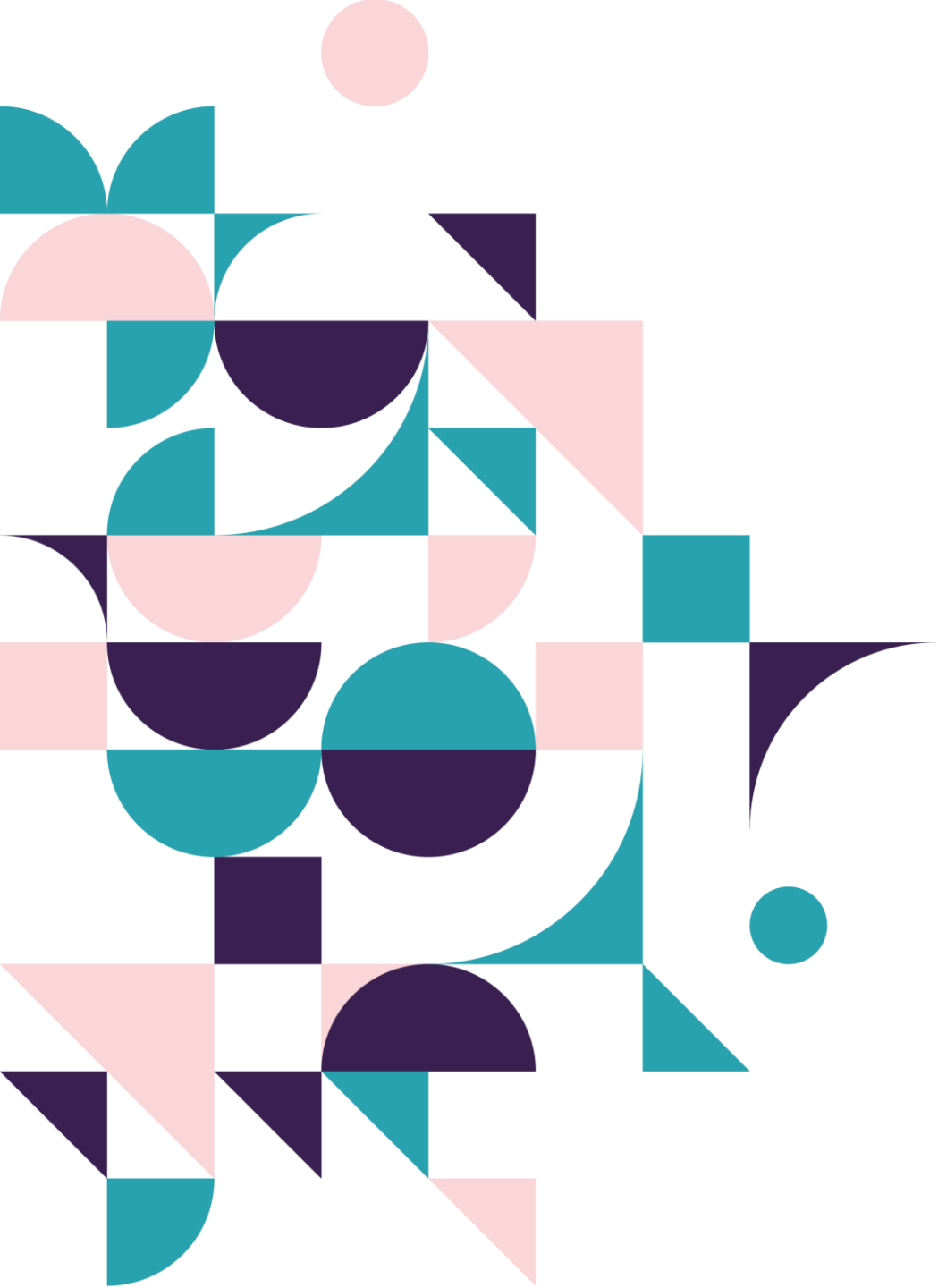
- ▀ Surveillance du risque hémorragique lié à la chirurgie se manifestant par des hématuries +/- importantes.
- ▀ Sur Rôle Prescrit: mise en place d'un lavage vésical en continu



▀ Risques et complications

- Infectieux
- Brèche vésicale
- Obstruction
- Hémorragique





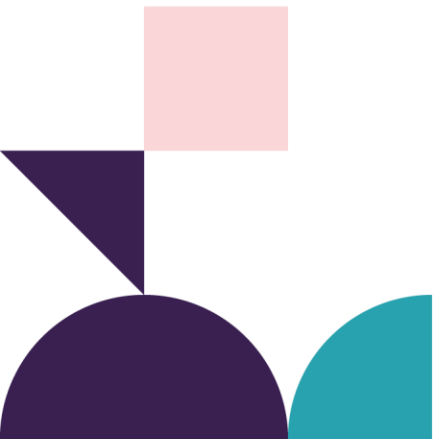
LA CYSTECTOMIE

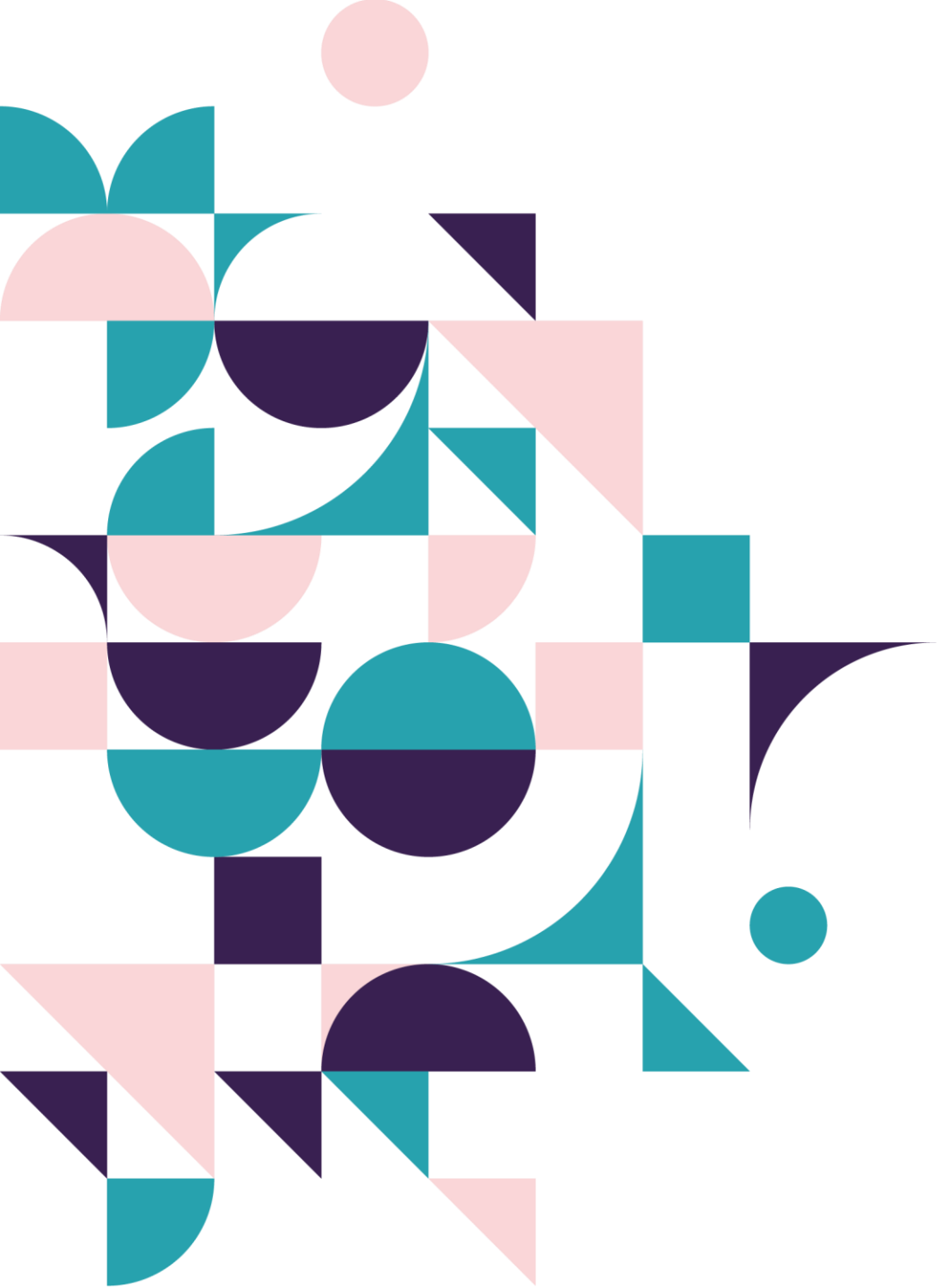
LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



- Indication en cas de cancer : Cancer épithélial de vessie infiltrant non métastatique
- importance du critère oncologique : Curage pelvien étendu
- +/- prostatectomie chez l'homme
- +/- pelvectomie antérieure chez la femme





Les dérivations

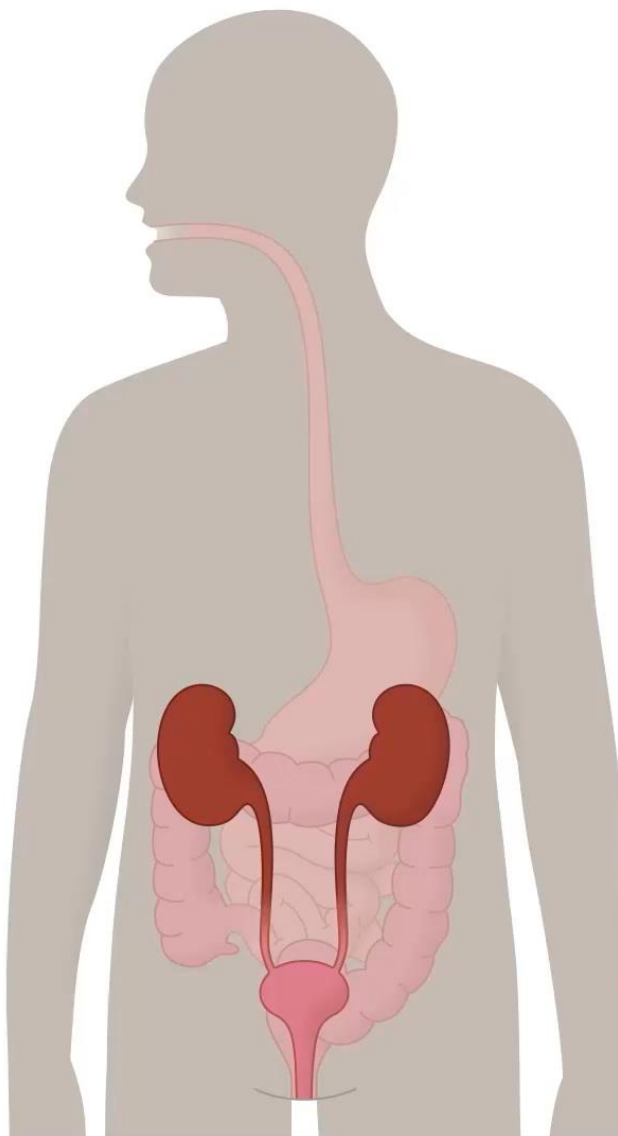
LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

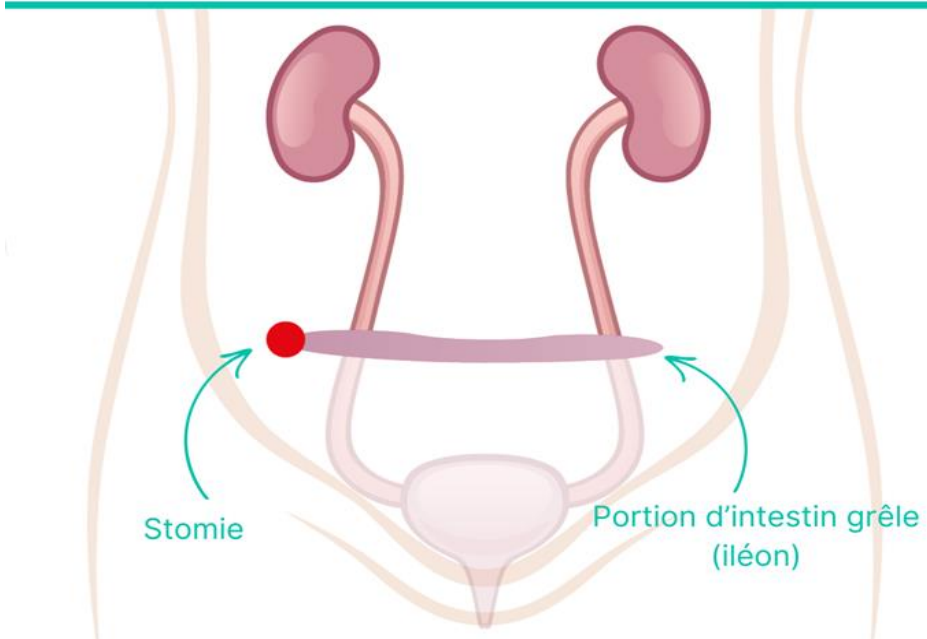


Urostomie

Création d'un Bricker



Urétérostomie cutanée trans-iléale ou Bricker



Rôle IDE en Pré op

- Entrée la veille ou le jour J0
- Voie d'abord (picline)
- ECBU +/- ATB
- Bilan sanguin
- Marquage (IDE/ stomathérapeute)
- Normacol



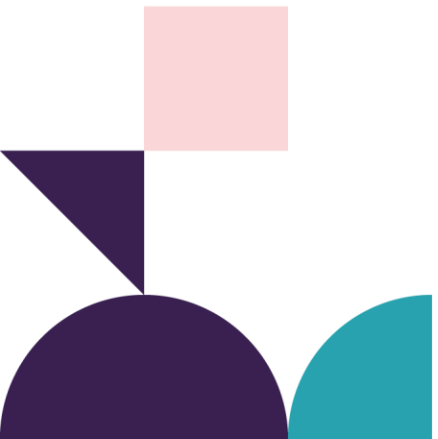
Rôle IDE en post op

- Durée d'hospitalisation 15jours/3 semaines
- Surveillance du risque hémorragique (/2h), lié à une chirurgie (avec des anastomoses artérielles notamment) pouvant être majoré par les injections d'HBPM
- Surveillance du risque infectieux : nombreuses sutures (notamment urinaires et digestives) au contact avec les urines, redon, lame, x2 sondes urétérales (sonde double J)
- Surveillance risque thromboembolique : chirurgie du petit bassin, immobilité physique prolongée
- Surveillance risque de rétention urinaire : obstruction des SU par du mucus iléal.
- Surveillance risque de nécrose partielle ou totale, de désinsertion, d'hémorragie de la stomie : défaut de vascularisation, lâchage de suture...
- Surveillance transit
- Rôle éducatif++



Rôle IDE : éducation du patient stomisé

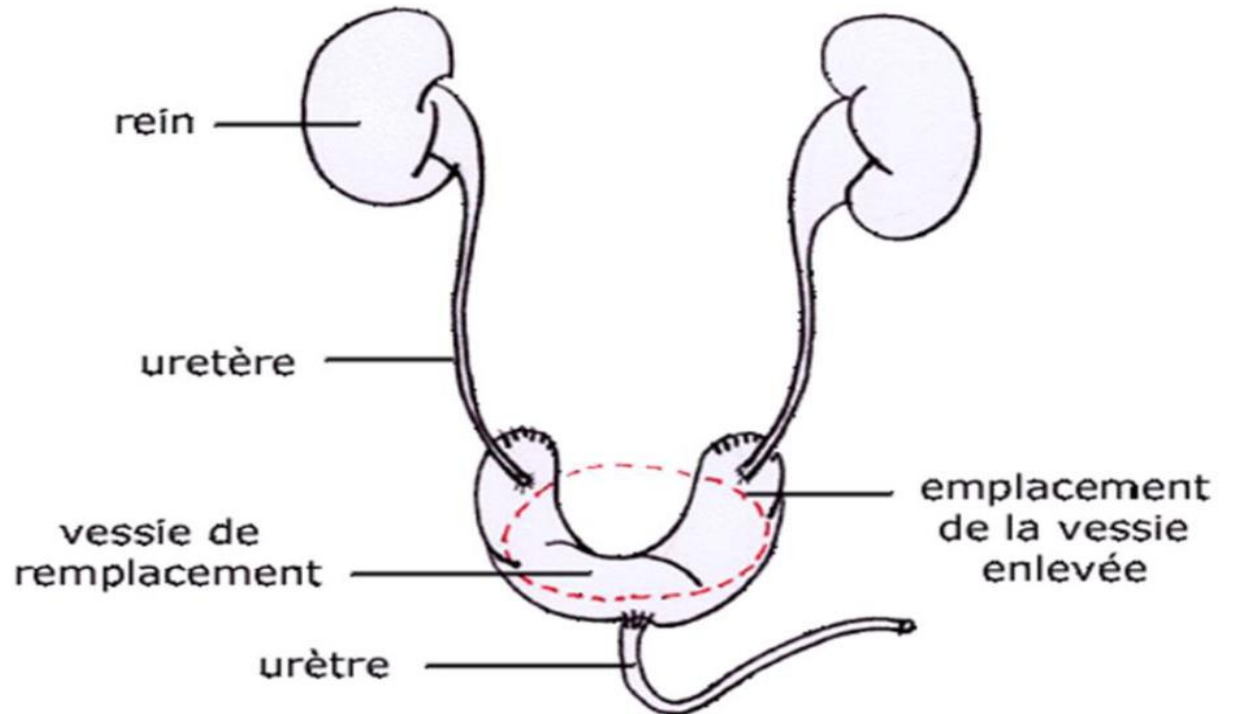
- Le patient doit choisir un matériel fiable dont il a assimilé le fonctionnement.
- Le patient doit maîtriser le soin.
- Soins propres (compresses non stériles, eau du robinet).
- Support tous les 3 à 4 jours, poche tous les jours.
- Apprendre au patient à traiter les altérations de l'état cutané (retrait poche, nettoyage et séchage de la peau).



L'ENTEROCYSTOPLASTIE = DÉRIVATION INTERNE (par détubulisation->néovessie)

(Rarement faisable chez la femme, en raison de la faible longueur de l'urètre)

- Même prise en charge pré op que le Bricker (marquage y compris)
- En général , les patients récupèrent une continence normale dans l'année qui suit l'intervention.



Les risques et problèmes sont les mêmes que pour le Bricker sauf pour quelques notions:

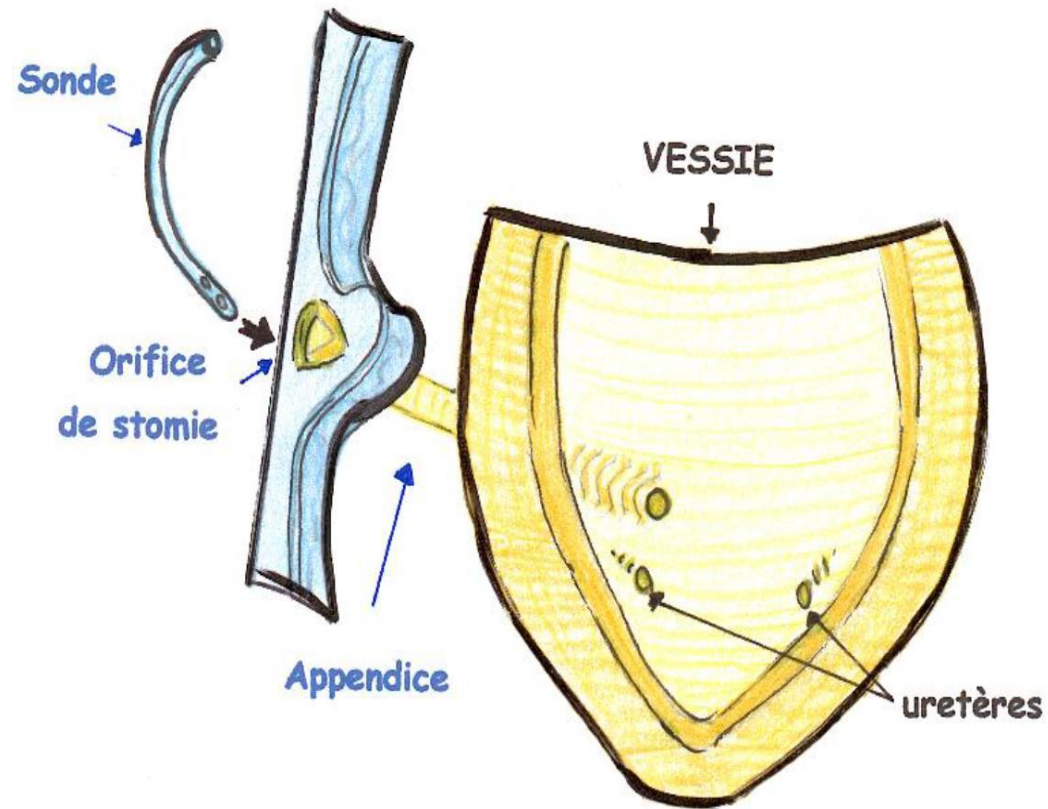
- Lié à la présence d'une sonde vésicale permettant l'anastomose urétéro iléale et le contrôle de l'élimination urinaire après ablation des SU.
- Dans les suites, la muqueuse intestinale continue à produire du mucus, qui est éliminé dans les urines sous forme de filaments blanchâtres à ne pas confondre avec une infection.

Actions:

- Lavages à la seringues de Guyon (seringue à embout conique) pour évacuer le mucus pouvant obstruer la SAD
- Apport suffisant en boissons (eau de Vichy : action du sel et du magnésium->diminution mucus)
- Présence de mucus à vie (peut diminuer avec le temps)



LA CYSTOSTOMIE CONTINENTE = réfection d'une vessie avec un bout d'intestin en réalisant un abouchement à la peau avec tunnelisation entre la muqueuse et le muscle abdominal

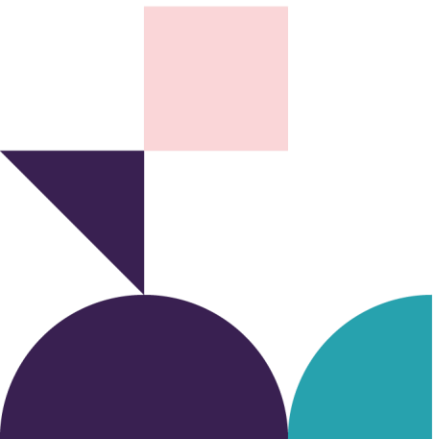


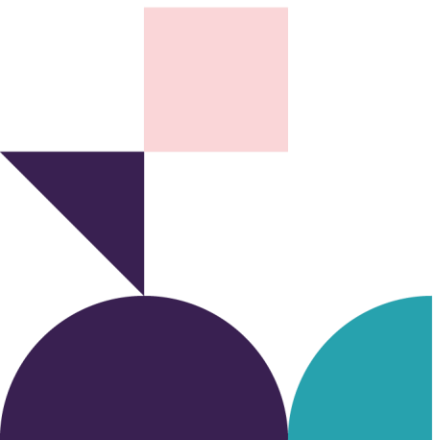
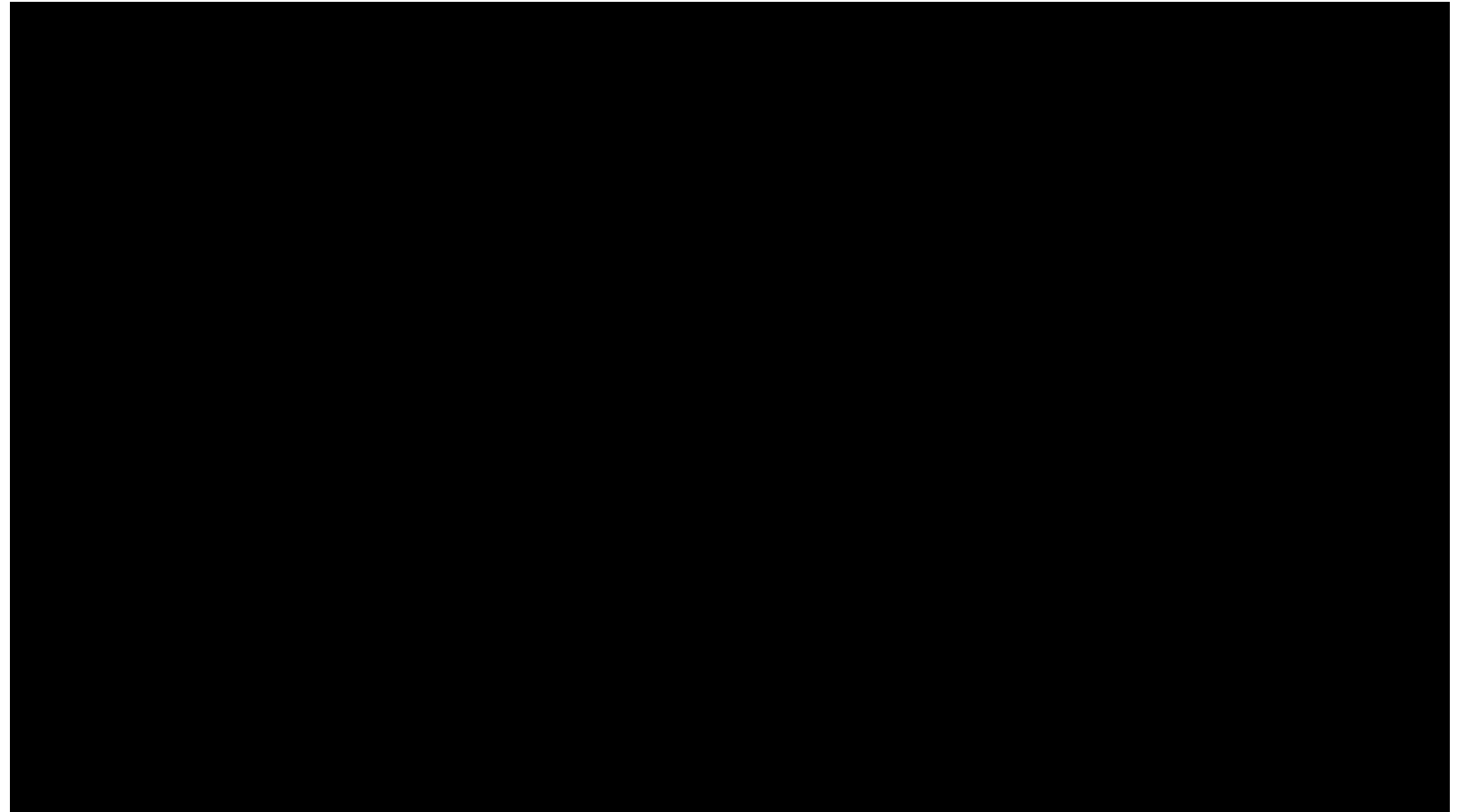
TECHNIQUE DE MITROFANOFF

Risque d'obstruction par bouchon muqueux

Sur PM :

- ▀ Lavages à la seringue de geyon par SAD et Cystocathéter pour éviter le bouchon
- ▀ Lavages à la seringue sur les SU (2ml)
- ▀ Surveillance diurèse en fonction bilan entrées/sorties
- ▀ Surveillance douleur
- ▀ Education patient sur la PEC du mucus (hydratation, labo...)





Rôle IDE

- Education du patient : auto sondages par 3h jour et nuit au début, utilisation sonde à usage unique stérile souple ou semi rigide, geste propre en technique «No touch» (nettoyage de l'orifice a l'eau, pas d'antiseptique)
- Apprentissage sensation d'envie d'uriner
- Apprentissage lavage seringue pour mucus 1X/semaine puis 1X/mois puis en entretien
- Surveillances : Risque de fausse route, sténose du trajet, saignement, quantité d'urine,



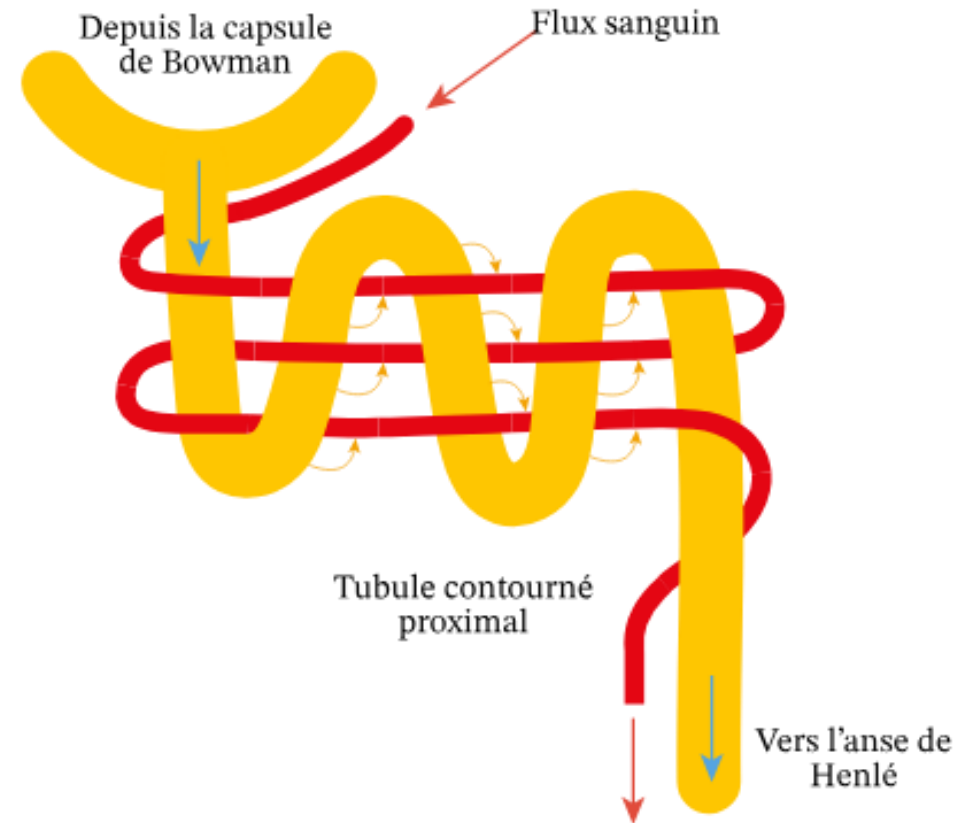


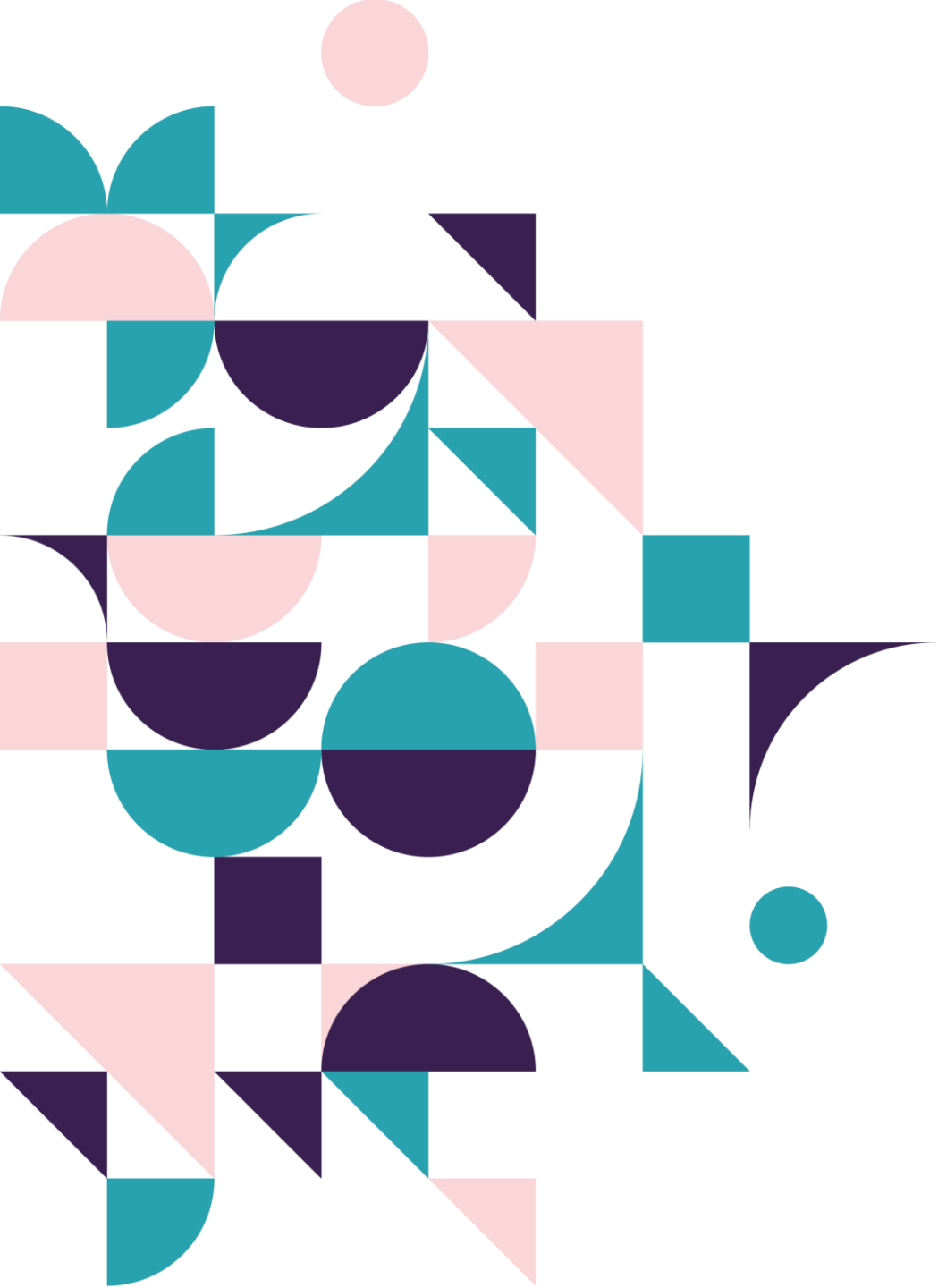


LE CANCER DU REIN

■ Carcinome rénal à cellules claires (CRCC)

- Représente 75 à 85% des cancers du rein.
- Il se développe à partir des cellules du tubule contourné proximal dans le cortex rénal.
- La tumeur est souvent localisée en périphérie du rein.





SYMPTÔMES

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



■ SIGNES UROLOGIQUES

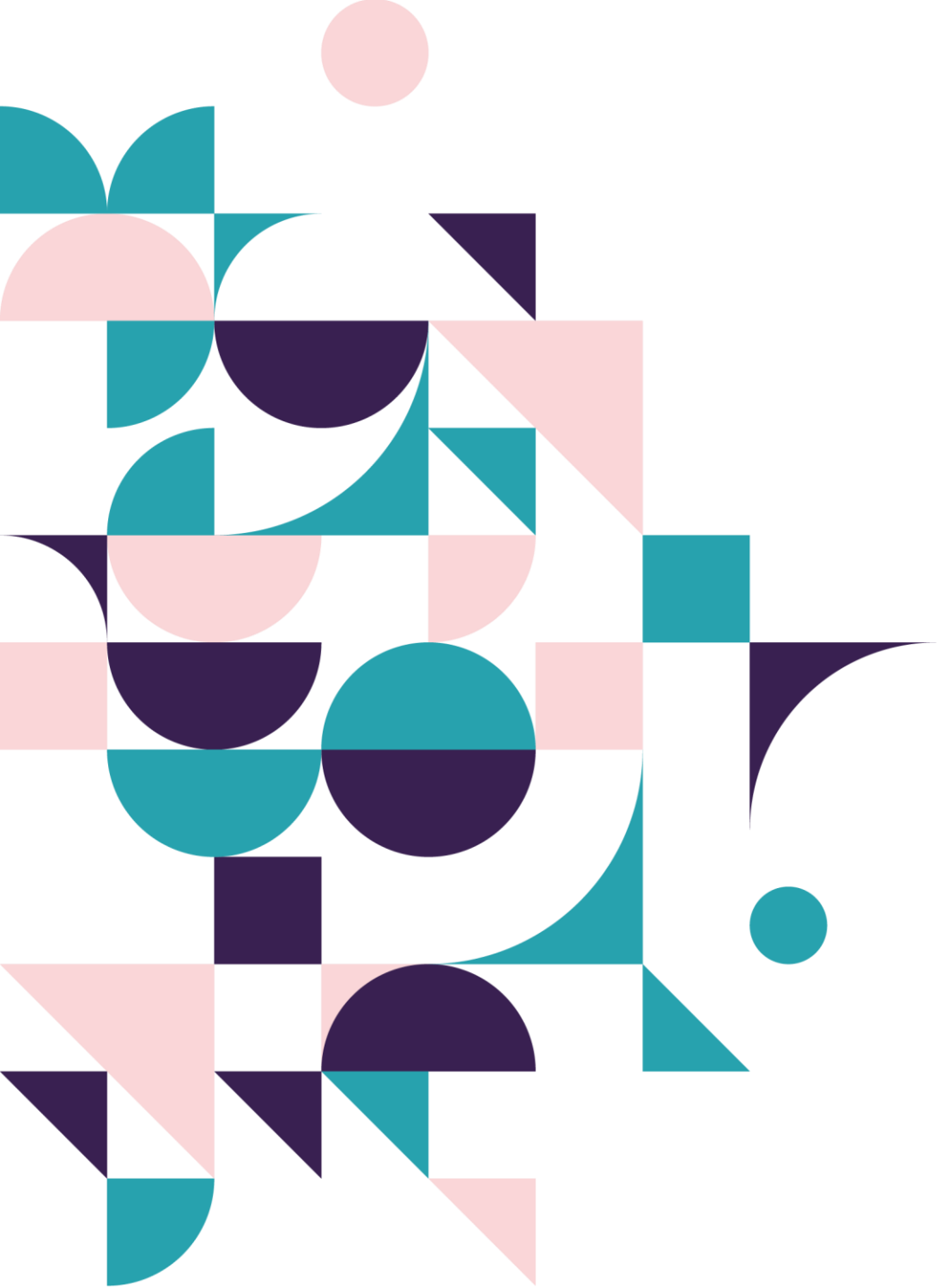
- Hématurie
- Douleur lombaire
- Masse lombaire

■ SIGNES EXTRA UROLOGIQUES

Altération de l'état général

- Embolie pulmonaire
- Syndrome paranéoplasique : Syndrome inflammatoire (VS, CRP), Fièvre, Polyglobulie, Hypercalcémie, Biologie hépatique perturbée + hépatomégalie, HTA





Les traitements

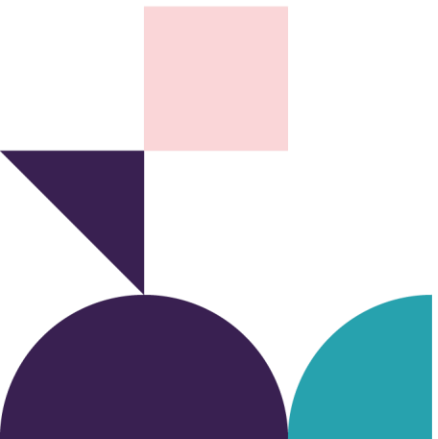
LE VINATIER

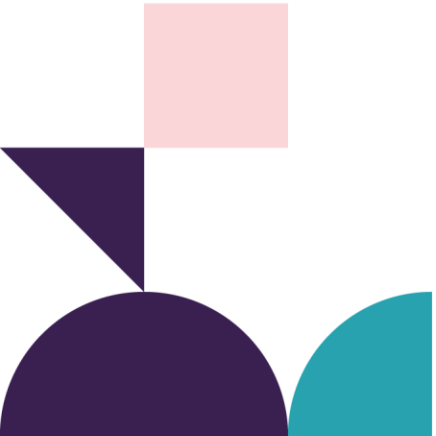
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



TRAITEMENT CHIRURGICALE

- **Néphrectomie partielle** : ablation de la tumeur avec conservation du rein sain. Indiquée pour les petites tumeurs (< 4 cm, stade 1) ou chez les patients avec un rein unique ou une fonction rénale altérée.
- **Néphrectomie totale élargie** : retrait du rein atteint, parfois avec la glande surrénale et les ganglions lymphatiques voisins. C'est le traitement standard pour les tumeurs plus volumineuses ou localement avancées.
- **Voies d'abord (partielle et totale)**: incision lombaire ou sous-costale (pour tumeurs difficiles d'accès) / laparoscopie ou robot-assistée (coelio).



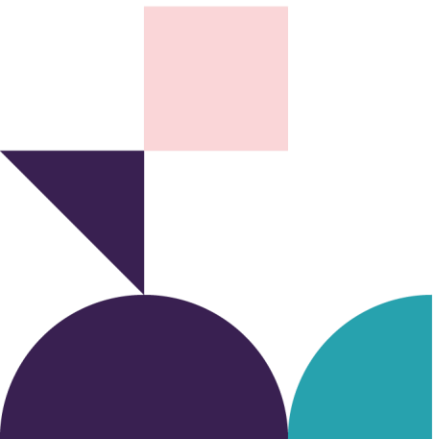


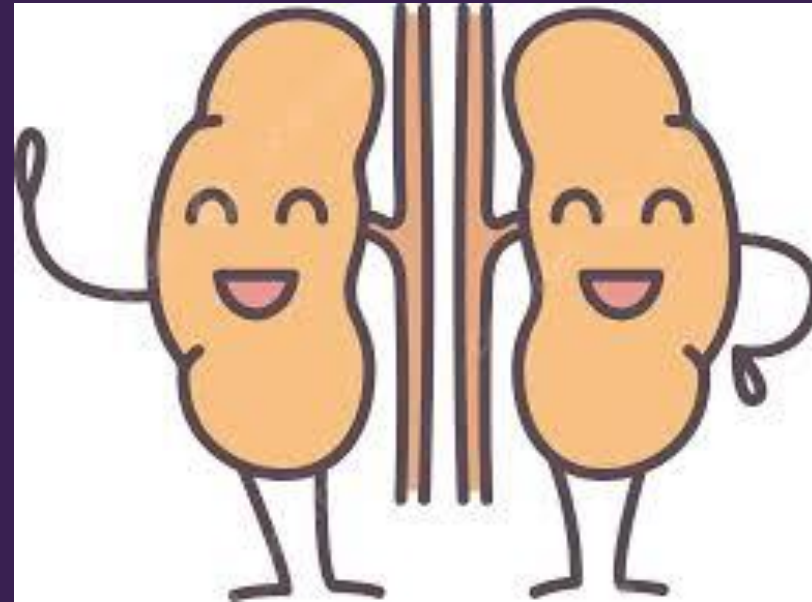
AUTRES TRAITEMENTS

- **Traitements médicamenteux** (principalement en cas de maladie métastatique)
- **Immunothérapie** : stimule le système immunitaire pour mieux combattre les cellules cancéreuses.
- **Thérapies ciblées** : bloquent les voies moléculaires que les cellules tumorales utilisent pour croître

Autres techniques

- **Ablations percutanées** : cryothérapie ou radiofréquence pour les petites tumeurs, notamment **chez les patients non éligibles à la chirurgie**.
- **Radiothérapie** : peu efficace sur la tumeur primaire, utilisée pour traiter les métastases symptomatiques (os, cerveau)





**Merci pour
votre attention**