

14-15 NOVEMBRE 2017  
PARIS, FRANCE  
PALAIS DES CONGRÈS

38<sup>es</sup>

JOURNÉES DE  
L'INFIRMIÈRE  
EN UROLOGIE

PROGRAMME

**AFU** ASSOCIATION  
FRANÇAISE  
D'UROLOGIE  
[www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)

**AFU** Association  
Française des  
Infirmières et  
Infirmiers en  
Urologie

**URO** DIFFUSION

**Coloplast**





**38<sup>es</sup>**

**JOURNÉES DE  
L'INFIRMIÈRE  
EN UROLOGIE**

**14-15 NOVEMBRE 2017**  
**PARIS, FRANCE**  
**PALAIS DES CONGRÈS**

Organisées par le Bureau de l'AFIUU

- Séances thématiques → pages 2 à 22
- Forum échanges et vidéos → pages 23 à 29
- Conférences → pages 30 à 42

**09:30 → 10:30**    **Atelier COLOPLAST** ..... Salle 351

**Le sondage chez l'homme : de la psychologie à la pratique**



- Accepter l'autosondage, comment aider le patient ?  
Souad MEILLASSOUX
- L'apprentissage du geste  
Angelina CANNESANT (IDE en service d'urologie, CHU Rouen)
- Les critères de choix d'une sonde  
Marie Terese NALBANDIAN (chef de projets innovation, Coloplast Danemark)

**09:30 → 10:30**    **Atelier MEDAC** ..... Salle 352 A

**La BCG-thérapie en pratique**



**1. Contexte d'utilisation de la BCG-thérapie**

Épidémiologie des TVNIM / BCG-thérapie : traitement de référence / Recommandations AFU et EAUN  
Morgan ROUPRÉT (hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris)

**2. Bonnes pratiques des instillations endovésicales de BCG**

La préparation : quelles sont les vérifications à effectuer ? / L'instillation : quelles sont les bonnes pratiques ? Comment se protéger ? Que faire en cas d'exposition au BCG ? / Les suites immédiates : quelles consignes doit-on donner au patient ?

Yann NEUZILLET (hôpital Foch, Suresnes)

**3. Cas cliniques - Instillations de BCG et problématiques quotidiennes**

Stéphane LARRÉ (hôpital Robert Debré, CHU de Reims)

**4. Manipulation du kit-BCG et questions pratiques**

Yann NEUZILLET (hôpital Foch, Suresnes), Marie-Christine GUIBERT (IDE en service d'urologie, CHU de Bordeaux)

**5. Take home messages**

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

- ST1**    Articulation entre le bloc et l'ambulatoire ..... Salle 342 B ..... 4  
Compiègne - Polyclinique Saint-Côme - Équipe soignante, Marc GÉRAUD
- ST2**    Le BUD pour les « nul(le)s » ..... Salle 343 ..... 5  
Rouen - CHU Charles Nicolle - Sandrine BEAUDOIN, Carine JEGO, Jean-Nicolas CORNU
- ST3**    Qualité et sécurité de soins : retour d'expérience sur la mise  
en place d'une EPP sur l'utilisation des endoscopes souples  
au bloc opératoire (réédition 2016) ..... Salle 342 A ..... 6  
Toulouse - CHU Rangueil - Isabelle MARTY, Laure CARILLO, Xavier GAMÉ
- ST4**    Rôle de l'IBODE instrumentiste dans la chirurgie robotique ..... Salle 351 ..... 8  
Marseille - Hôpital Européen - Guilaine VAYSSADE, Suzanne ANAHAYAN, Vincent GRISONI

**PROGRAMME** Planning journée

- ST5** Prise en charge des stomies urinaires ..... Salle 352 B ..... 9  
Le Mans - Centre hospitalier - Helène BOUQUET
- ST6** La prostatectomie radicale robot-assistée en ambulatoire  
et la réhabilitation précoce pour les opérés de la prostate ..... Salle 352 A ..... 10  
Grenoble - Cabinet urologique de Belledonne  
Evelyne MALHOMME, Sylvain POITOU, Benjamin DURAND, François LECLERS

**10:45 → 12:15** **TABLE RONDE** (limitée à 60 personnes) ..... Salle 353 ..... 11

**Le sondage vésical : les bonnes pratiques et matériels**

Moderateurs : Jean-Pierre BASTIÉ, Gaëtane FOURES (infirmiers experts en urologie), Antoine FAIX, Albert SOTTO (chef de service des maladies infectieuses et tropicales) - CHU de Nîmes

Cette table ronde est une initiative qui a pour but de rassembler, sur un thème fondamental de notre activité professionnelle, des médecins, des experts et des infirmières afin de débattre, ensemble, sur les bonnes pratiques du sondage vésical. Toutes les équipes, toutes les expériences en ce domaine sont les bienvenues. Le nombre de place est volontairement limité à 60 personnes afin que le débat se déroule dans les meilleures conditions.

**12:15 → 13:45** **Pause déjeuner**

**13:45 → 15:15** **SÉANCES THÉMATIQUES**

- ST7** Coordination de soins en uro-oncologie ..... Salle 342 A ..... 12  
Toulouse - CHU Rangueil - Jean-Pierre BASTIÉ, Xavier GAMÉ
- ST8** Prise en charge complémentaire de la douleur et de l'anxiété  
en péri-opératoire à l'Hôpital Nord de Marseille ..... Salle 342 B ..... 13  
Marseille - CHU Hôpital Nord - Elisabeth SEILLER, Frédéric NAVAS, Martine HACCOUN
- ST9** Infirmier(e) référent en urologie au bloc opératoire :  
réflexion sur son rôle ..... Salle 343 ..... 14  
Verdun Saint-Mihiel - Centre hospitalier - Marie-Laure CORDIER, Caroline GUIDON, Marc GUSTIN  
Compiègne - Polyclinique Saint-Côme - Béata VANHAECKE, Caroline PATEL, Marc GÉRAUD
- ST10** Neurostimulation du nerf tibial postérieur ..... Salle 351 ..... 15  
Bordeaux - CHU Pellegrin - Sophie CAUBLOT, Jean-David CHEVRÉ, Grégoire CAPON
- ST11** Sexualité et fertilité des blessés médullaires ..... Salle 352 A ..... 17  
Garches - Hôpital Raymond Poincaré - Valérie REVEILLON, Elodie VALLÉE, François GIULIANO
- ST12** L'hypnose dans le parcours de soins en urologie ..... Salle 352 B ..... 18  
Saint-Herblain - Clinique urologique Nantes Atlantis  
Marion CHATELLIER, Véronique CHEVALIER, Cyrielle REGOIN, Éric POTIRON

MARDI

14/11

Salle 342 B

10:45 - 12:15

Séance Thématique 1

## Articulation entre le bloc et l'ambulatoire

Compiègne - Polyclinique Saint-Côme  
Équipe soignante, Marc GÉRAUD

## Le BUD pour les « nul(le)s »

Rouen - CHU Charles Nicolle

Sandrine BEAUDOIN, Carine JEGO, Jean-Nicolas CORNU

Confucius a dit : « *Apprendre sans réfléchir est vain. Réfléchir sans apprendre est dangereux* ».

Le bilan uro-dynamique (BUD) explore la fonction du détrusor et la fonction sphinctérienne urinaire à travers l'exploration du remplissage et de la vidange vésicale. Son interprétation doit permettre de faire le lien entre la symptomatologie clinique décrite par le patient et des anomalies objectives détectées lors de l'examen. Pour y parvenir, il est nécessaire de maîtriser l'anatomie du bas appareil urinaire et du périnée masculin et féminin, de connaître les bases de l'innervation du système urinaire (rôle du système sympathique et parasympathique) et d'avoir en tête les caractéristiques du cycle mictionnel avec sa phase de stockage et de vidange.

Le bilan urodynamique comprend une débitmétrie, une profilométrie et une cystomanométrie. La débitmétrie est le reflet objectif de la vidange vésicale. Elle évalue le débit maximal, le débit moyen, le volume uriné et la durée de la miction. L'aspect de la courbe de miction est également interprété (la courbe en « cloche » comme dans les livres, et toutes ses variantes pathologiques).

La profilométrie explore la tonicité sphinctérienne.

La cystomanométrie est l'étude du comportement de la vessie lors du remplissage.

La phase de remplissage vésical permet d'étudier :

- la compliance vésicale (capacité de la vessie à se laisser remplir) ;
- l'activité du détrusor (le muscle vésical ne doit pas se contracter lors de cette phase) ;

- la pression vésicale ;
- la perception des besoins selon 4 stades ;
- la capacité vésicale (volume de la vessie) ;
- la recherche de fuite à la toux à 200 et 400 ml de remplissage.

Elle est suivie d'une nouvelle débitmétrie « sondes en place » qui permet de caractériser les troubles de la vidange de manière plus précise (obstruction, hypoactivité du détrusor, etc.)

Le BUD permet de préciser le diagnostic des troubles vésico-sphinctériens comme l'incontinence urinaire (IU) d'effort, l'IU par hyperactivité vésicale, l'IU mixte. Il est également utile pour évaluer les troubles de la vidange.

Bref, le BUD ce n'est pas pour les nuls mais pour tous ceux qui veulent apprendre et comprendre...



## Qualité et sécurité de soins : retour d'expérience sur la mise en place d'une EPP sur l'utilisation des endoscopes souples au bloc opératoire (réédition 2016)

Toulouse - CHU Rangueil

Isabelle MARTY, Laure CARILLO, Xavier GAMÉ

### 1. Un constat de départ

Plusieurs difficultés rencontrées dans la gestion du parc des endoscopes souples au bloc opératoire ont amené l'encadrement et les chirurgiens à envisager le démarrage d'une EPP sur l'utilisation de l'endoscope souple au bloc opératoire :

- des difficultés de fonctionnement ayant entraîné des déprogrammations de patients ;
- une explosion en parallèle des demandes de maintenance ;
- un nombre croissant de déclaration de matériovigilance/l'utilisation d'une fibre laser ;
- doutes ou méconnaissance sur les recommandations du CLIN ;
- une nécessité de définir les indications en termes de pertinence d'utilisation d'URS souple en urologie ;
- une difficulté de maintenir un niveau de formation optimal auprès du personnel paramédical réalisant les procédures de nettoyage et de désinfection des endoscopes.

### 2. Contexte

S'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, la mise en place de cette EPP a aussi pour but de porter un regard sur notre pratique par rapport aux référentiels et mettre en place des actions pour réduire les écarts.

L'analyse des pratiques professionnelles s'est appuyée sur les références, référentiels, recommandations reconnus et validés par les sociétés savantes.

S'appuyant sur les recommandations de la HAS et répondant aux exigences de la certification V2010 critères 28 A, cette EPP a permis à l'équipe paramédicale de mettre en œuvre un DPC.

### 3. Méthode

Nous avons constitué un groupe avec une représentation des différents intervenants dans le processus d'utilisation de l'endoscope au bloc opératoire : chirurgien, infirmières de bloc opératoire, ingénieur du biomédical, pharmacien, infirmière hygiéniste, référent qualité et cadre responsable du secteur opératoire.

Des réunions de travail ont permis d'élaborer le processus d'utilisation de l'endoscope au bloc opératoire et la cartographie des risques en utilisant la méthode AMDEC :

- identifier les défaillances potentielles ;
- décrire les conséquences sur l'organisation interne ou pour le patient ;
- classer les défaillances selon leur criticité ;
- mettre en place les actions correctives ;
- évaluer le niveau de qualité atteint avec le suivi d'indicateurs.

### 4. Principaux résultats

Présentation des indicateurs comme le coût de maintenance, le nombre d'envois en réparation, d'interventions, de procédures par endoscope, de reports d'intervention.

De plus nous avons saisi l'opportunité de poursuivre les actions dans le développement d'un programme de DPC pour les infirmières et aides-soignants du bloc prenant en charge l'entretien des endoscopes au bloc opératoire par la construction d'un dispositif de formation e-learning.

### 5. Conclusion

Cette expérience de mise en place d'une EPP en équipe pluriprofessionnelle est un véritable sujet d'actualité, répondant aux exigences de la certification V2010, elle nous a permis de renforcer le travail en équipe et la communication au bloc opératoire pour la sécurité du patient. Avec la mise en place d'un programme de DPC, nous avons pu évaluer et renforcer les compétences de l'équipe paramédicale.

MARDI  
**14/11**

Salle 351

10:45 - 12:15

Séance Thématique 4

## Rôle de l'IBODE instrumentiste dans la chirurgie robotique

Marseille - Hôpital Européen

Guilaine VAYSSADE, Suzanne ANAHAYAN, Vincent GRISONI

## Prise en charge des stomies urinaires

Le Mans - Centre hospitalier  
Helène BOUQUET

## La prostatectomie radicale robot-assistée en ambulatoire et la réhabilitation précoce pour les opérés de la prostate

Grenoble - Cabinet urologique de Belledonne

Evelyne MALHOMME, Sylvain POITOU, Benjamin DURAND, François LECLERS

Pourquoi la prostatectomie en ambulatoire ?

La prostatectomie robotique combinée à la réhabilitation précoce (RAC) est une parfaite illustration des progrès constants de la chirurgie mini-invasive et de l'anesthésie moderne. Cette démarche de soins multidisciplinaire place le patient au centre du soin et a pour objectif de simplifier les suites opératoires de nos opérés. C'est une pratique peu répandue initiée dans notre service depuis 2015 après évaluation de plusieurs centaines de patients prostatectomisés avec ou sans RAC depuis dix ans. Le taux de satisfaction élevé des opérés et de meilleurs résultats fonctionnels immédiats nous ont conduits progressivement à proposer une hospitalisation d'une demi-journée à plus de 50 malades. Elle requiert une parfaite coordination de l'action des soignants sans alourdir la charge de travail de chacun.

Cette prise en charge doit s'envisager dans des centres de chirurgie expérimentés en robotique et en ambulatoire, faisant intervenir des réseaux de soins extérieurs qualifiés en lien avec le service d'urologie, elle concerne des patients volontaires et sélectionnés sur des critères définis.

Au delà de cette démarche d'ambulatoire, il s'agit de promouvoir la réhabilitation précoce à l'ensemble de nos patients opérés d'une prostatectomie radicale.

## Le sondage vésical : les bonnes pratiques et matériels

.....  
Jean-Pierre BASTIÉ, Gaétane FOURES (infirmiers experts en urologie),  
Antoine Faix, Albert SOTTO (chef de service des maladies infectieuses et tropicales) - CHU de Nîmes  
.....

## Coordination de soins en uro-oncologie

Toulouse - CHU Rangueil

Jean-Pierre BASTIÉ, Xavier GAMÉ

Il y a quelques années la création du temps d'accompagnement soignant (TAS) dans le processus d'annonce, marquait l'arrivée des infirmières dans l'encadrement des patients en oncologie. Depuis, la consultation infirmière d'annonce a largement fait ses preuves et apporté un soutien indéniable à l'accompagnement des patients avant le traitement. Mais ce n'était qu'une étape. Les plans nationaux successifs de lutte contre le cancer ont mis en évidence la demande criante des patients pour un accompagnement personnalisé, tout au long de la maladie et du parcours de soins.

Dans la continuité du plan cancer 2009-2013, le troisième plan cancer a mis l'accent sur l'intérêt d'aboutir à des parcours balisés et personnalisés, dans un contexte changeant ou interviennent désormais de profonds changements dans la prise en charge thérapeutique : réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) et développement de l'ambulatoire et des traitements oraux.

De là à organiser la coordination et d'en confier la responsabilité à des infirmiers il n'y avait qu'un pas. L'objectif principal étant de raccourcir les délais de prise en charge et de garantir aux patients la plus grande fluidité dans leur parcours de soins.

Soutenue par l'Institut national du cancer (INCa), cette démarche cible en particulier les situations complexes en termes médical et psycho-social. C'est tout l'intérêt d'une vision globale, celle du coordinateur, qui s'appuie dans sa démarche sur les soins de support pour optimiser l'accompagnement des patients en général et des plus fragiles en particulier.

Les équipes hospitalières ne sont pas les seules impliquées dans cette pratique qui améliore suivi et observance. Les infirmières de ville y sont aussi engagées et la synergie ville-hôpital est optimale lorsque le parcours de soins du patient bénéficie de ce double engagement.

De la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) initiale, au suivi à domicile, jusqu'à la mise en place de soins palliatifs, si nécessaire, le coordinateur de soins est le pilier d'une architecture complexe qui soutient le patient et son entourage pendant la prise en charge globale de sa maladie.

## Prise en charge complémentaire de la douleur et de l'anxiété en péri-opératoire à l'Hôpital Nord de Marseille

Marseille - CHU Hôpital Nord

Elisabeth SEILLER, Frédéric NAVAS, Martine HACCOUN

Dans le cadre du développement et de l'évaluation de pratiques de soins novatrices utilisant des techniques complémentaires non médicamenteuses du traitement de l'anxiété et de la douleur tout au long de la période péri-opératoire, un programme de gestion émotionnelle intitulé « opération apaisement », a été initialisé par les cadres de santé et les infirmières anesthésistes du service anesthésie bloc Étoile-Mistral du Pr Léone de l'hôpital Nord de Marseille.

Institutionnalisé depuis novembre 2015, ce programme réalise la mise en oeuvre de différentes méthodes, permettant de répondre au mieux aux besoins du patient et d'adapter leur approche en fonction de la spécificité de celui-ci.

Dans un cadre formalisé et protocolisé, les méthodes complémentaires suivantes sont utilisées :

- la RESC ou résonance énergétique stimulation cutanée ;
- l'hypnose ericksonienne ;
- l'aromathérapie.

Le but de cet exposé est de :

- présenter le programme « opération apaisement » de l'hôpital Nord de Marseille ;
- définir les différentes approches complémentaires non médicamenteuses ainsi que leur cadre légal ;
- présenter les projets du programme ;
- avoir un échange avec le public et éventuellement créer un atelier pratique.

La réussite de ce projet est confirmée par les patients qui deviennent de véritables acteurs de leur parcours de soins ainsi que par l'intérêt grandissant pour ces méthodes alternatives et complémentaires au traitement médical.

## Infirmier(e) référent en urologie au bloc opératoire : réflexion sur son rôle

Verdun Saint-Mihiel - Centre hospitalier  
Marie-Laure CORDIER, Caroline GUIDON, Marc GUSTIN  
Compiègne - Polyclinique Saint-Côme  
Béata VANHAECKE, Caroline PATEL, Marc GÉRAUD

Il n'existe pas de définition précise du rôle de référent si ce n'est ce que celui-ci en fait lui-même.

Son rôle est multiple de par les missions qui lui incombent.

Nous vous présentons la fiche de poste créée au sein de notre bloc opératoire (pluridisciplinaire) ; et vous parlerons de l'intérêt de ce poste pour les uns et les autres (points de vue infirmier et chirurgical).

Nous espérons un échange sur le sujet qui nous permettra peut-être de nous améliorer.

## Neurostimulation du nerf tibial postérieur

Bordeaux – CHU Pellegrin

Sophie CAUBLLOT, Jean-David CHEVRÉ, Grégoire CAPON

La prise en charge de l'hyperactivité vésicale est un enjeu important.

La prévalence de l'hyperactivité vésicale augmente avec l'âge pour atteindre 40 % chez les patients âgés de plus de 75 ans (1).

Si aucune cause n'est connue préalablement, un bilan étiologique est réalisé afin d'écartier une cause vésicale (calcul, tumeur, infection), un problème de vidange vésical, une anomalie de la statique pelvienne ou une maladie neurologique.

Plusieurs options thérapeutiques existent. Le traitement de première intention associe les règles hygiéno-diététiques et la rééducation périnéale (2).

Lorsque ces mesures sont inefficaces, un traitement médicamenteux par anticholinergiques est classiquement proposé (3). La stimulation tibiale postérieure est l'autre option thérapeutique intéressante avant de proposer un traitement de 2<sup>e</sup> ligne.

### Comment ça marche ?

Le principe de la stimulation tibiale postérieure est la stimulation des afférences nerveuses périphériques pour équilibrer les informations neurologiques inhibitrices et excitatrices du contrôle vésical. Partiellement élucidé, ce principe est dérivé de celui de la neuromodulation de la racine nerveuse sacrée S3, avec une stimulation indirecte par le nerf tibial postérieur, nerf mixte provenant des racines L4 L5 S1 S2 S3. Autre différence, la stimulation est discontinuée avec un traitement de 20 minutes effectué par le patient.

### Efficacité et tolérance

L'efficacité d'une stimulation périphérique discontinuée sur le nerf tibial postérieur est bien documenté en cas d'électrode percutanée. La thérapie transcutanée par patch (TENSE, t-TNS) ne dispose pas de résultats d'un niveau de preuve équivalent (4), mais semblent efficaces pour au moins 50 % des patients, y compris lorsqu'ils sont porteurs d'une vessie neurologique centrale sans lésion médullaire (SEP, Parkinson) (5, 6).

L'absence d'effets indésirables, et notamment de risque de confusion, en font un traitement de choix de 1<sup>re</sup> intention chez les patients âgés ou neurologiques.

### Prescription

Les premiers effets apparaissent au bout de 2 semaines, pour un effet maximal attendu après 8 à 12 semaines de traitement. Cela implique une période de test pendant laquelle le matériel est loué. Après cette période, le matériel est acheté ou rendu selon l'efficacité obtenue. Le matériel est disponible en pharmacie et implique une formation du patient par le prescripteur. Le recours à des prestataires à domicile peut également être envisagé.

### Recours à un prestataire à domicile

Ce recours peut être une solution pour limiter le temps soignant dédié à la formation thérapeutique. La question de la prise de contact avec le patient, de la mise en place au domicile ou au lieu de travail, des échanges prestataire-prescripteur, du service après-vente et le coût de cette option seront développés.

La stimulation tibiale postérieure est un traitement important dans l'arsenal thérapeutique de l'hyperactivité vésicale du fait d'une efficacité intéressante et de l'absence d'effets indésirables. Cette technique requiert une maintenance du matériel et une éducation du patient adaptée, qui peut éventuellement être déléguée à des prestataires à domicile.

### Références

1. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts R, Thüroff J, Wein A. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU international* 2001;87(9):760-6.
2. Lucas M, Bedretdinova D. Guidelines on urinary incontinence. *European association of urology* (2012).
3. Peyronnet B, Rigole H, Damphousse M, Manunta A. Prise en charge de l'hyperactivité vésicale chez la femme. *Progrès en urologie* 2015;25(14):877-83.
4. Booth J, Connelly L, Dickson S, Duncan F, Lawrence M. The effectiveness of transcutaneous tibial nerve stimulation (TTNS) for adults with overactive bladder syndrome: A systematic review. *Neurourology and Urodynamics*.
5. Ohannessian A, Kabore FA, Agostini A, Lenne Aurier K, Witjas T, Azulay J-P, et al. [Transcutaneous tibial nerve stimulation in the overactive bladder syndrome in patients with Parkinson's syndromes]. *Prog Urol* sept 2013;23(11):936-9.
6. de Seze M, Raibaut P, Gallien P, Even-Schneider A, Denys P, Bonniaud V, et al. Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation for treatment of the overactive bladder syndrome in multiple sclerosis: results of a multicenter prospective study. *Neurourology and urodynamics* 2011;30(3):306-11.

## Sexualité et fertilité des blessés médullaires

Garches - Hôpital Raymond Poincaré

Valérie REVEILLON, Elodie VALLÉE, François GIULIANO

La sexualité et la fertilité représentent la première et la deuxième préoccupation des patients et des patientes respectivement para- et tétraplégiques. Ces patient(e)s sont volontiers de jeunes adultes n'ayant souvent pas réalisé leur projet parental. Le concept de santé sexuelle a été progressivement introduit chez les soignants et par l'Organisation mondiale de la santé. La prise en charge que nous proposons à l'hôpital R. Poincaré est intégrée à la prise en charge urologique et bénéficie en même temps de rendez-vous et d'apprentissages, le cas échéant, distincts. L'activité de notre structure sera détaillée et nous expliquerons en particulier 1) comment les offres d'aides spécifiques à la sexualité et à la procréation sont mises en œuvre ; et 2) quels types d'aide nous sommes en mesure de mettre en œuvre avec chacun des intervenants et avec quels résultats. Le relationnel des soignants avec les patient(e)s sera explicité lorsque la sexualité est en question. Nous détaillerons, d'une part, le rôle d'information et d'éducation des soignants en matière de sexualité et, d'autre part, nous préciserons les objectifs des prises en charge. Un focus concernera les tests vacuum effectués par les soignants qui constitue une aide mal connue à l'érection qui rend de grands services chez les patients blessés médullaires. Enfin, nous discuterons des échecs de notre prise en charge.

## L'hypnose dans le parcours de soins en urologie

Saint-Herblain - Clinique Urologique Nantes Atlantis

Marion CHATELLIER, Véronique CHEVALIER, Cyrielle REGOIN, Éric POTIRON

### Introduction

L'hypnose est un état naturel, largement utilisé en médecine et, notamment, en chirurgie (hypno-analgésie). Elle tire ses principes des techniques de synchronisation, de suggestion et d'ancrage pour permettre de développer son potentiel imaginaire.

Le but de notre démarche a été de développer l'hypnose dans notre prise en charge courante (au bloc opératoire, en endoscopie, pour les soins locaux, pour la prévention des troubles du sommeil et de l'anxiété) afin d'améliorer la relation patient-soignant.

3 axes ont ainsi été développés :

- I. Apport de l'hypnose conversationnelle dans la mise en place du parcours « patient debout » en chirurgie ambulatoire pour le cancer localisé de la prostate traité par ultrasons focalisés de hautes énergies (HIFU Focal One).
- II. Formation « Gestion de la douleur et de l'agressivité des patients par l'apprentissage de l'hypnose ».
- III. Hypnose conversationnelle et utilisation du masque d'auto-hypnose HYPNOS PRO lors de la réalisation de soins courants en consultation, en soins externes, en salle de réveil ou au sein du service d'urologie.

### I. Apport de l'hypnose conversationnelle dans la mise en place du parcours « patient debout » en chirurgie ambulatoire pour le cancer localisé de la prostate traité par ultrasons focalisés de hautes énergies (HIFU Focal One)

Depuis 2015, dans le cadre du développement de l'activité ambulatoires, la clinique urologique propose aux patients, pris en charge dans notre centre, de bénéficier de l'apport de l'hypnose conversationnelle réalisée par un hypnothérapeute afin de faciliter la mise en place d'une **procédure ambulatoire « patient debout » pour la prise en charge du cancer localisé de la prostate traité par HIFU.**

#### I.1. Hypnothérapie & chirurgie ambulatoire

##### Objectifs

- Développement d'un projet d'équipe (*Team Building*) avec implication de l'ensemble des acteurs de santé, et mise en place de formations internes à l'hypnose.
- Permettre la mise en place du « parcours patient debout », avec le remplacement de la prémédication pharmacologique par une prise en charge par hypnothérapie.
- Améliorer le confort et le ressenti de l'hospitalisation et du temps opératoire.
- Permettre une diminution des doses d'anesthésie et d'antalgiques.
- Développer l'utilisation de l'hypnose en chirurgie urologique.

## Méthodes

- Pré-visite : le patient est vu en consultation hypnose, si possible avec son conjoint qui conditionne une autre forme de partage de la situation.
- La séance d'hypnose (ericksonnienne) se fera soit par la technique dite « du lieu sûr » ou, pour certains patients en difficulté de lâcher-prise, la séance d'hypnose dite « conversationnelle » sera utilisée. Pendant l'intervention, utilisation d'un fond musical évocateur, choisi avec le patient préalablement.

### I.2. Mise en place du « parcours patient debout »

Le cancer de la prostate est la 2<sup>e</sup> cause de décès par cancer, pour les patients de plus de 50 ans, derrière le cancer du poumon, avec près de 9 000 décès par an. Les traitements chirurgicaux curatifs (prostatectomies robotiques Da Vinci) permettent une hospitalisation réduite de 3 à 4 jours chez près de 80 % des patients opérés.

Le développement de la chirurgie ambulatoire (hospitalisation de moins de 12 heures pratiquée avec l'accord du patient) est devenu une priorité des instances nationales (HAS, ministère de la Santé, plan cancer, etc.).

C'est dans ce cadre que nous avons souhaité développer la réalisation des traitements par HIFU focal One en ambulatoire, avec l'apport de l'hypnose conversationnelle ou ericksonnienne.

La mise en place du « parcours patient debout » a nécessité la collaboration de l'ensemble des intervenants prenant en charge le patient (chirurgiens, anesthésistes, secrétaires, IDE d'hospitalisation et du bloc opératoire, brancardiers).

### Etapes du « parcours patient debout »

- Consultation avec le chirurgien qui propose l'hypnose aux patients bénéficiant d'un Focal One avec forfait innovation. Suite à la consultation, le patient verra la secrétaire pour fixer les différents rendez-vous (anesthésie, date d'intervention, infirmière d'annonce, RDV avec l'hypno-praticien), et lui remettre les différents documents (suivi d'intervention, questionnaire HIFI, questionnaire hypnose).
- Transmission du nom du patient concerné par l'hypnose à l'hypnothérapeute, au cadre de bloc, avec mention hypnose sur le programme du bloc.
- Accueil du patient dans le service de chirurgie ambulatoire. Contrôle de l'absence de prémédication. Habillage spécifique pour permettre le déplacement du patient debout (chaussons, tenue de bloc opératoire fermé dans le dos).
- Dès que la salle d'intervention est prête, le brancardier accompagne le patient en marchant jusqu'à l'entrée du bloc où il est accueilli par l'infirmière et l'hypnothérapeute afin d'être accompagné jusqu'à la table d'intervention.
- Réalisation du traitement par HIFU sous anesthésie générale ou rachi-anesthésie.
- Surveillance post-opératoire en salle de réveil, avec l'hypnothérapeute.
- Retour dans la chambre du patient en lit.
- Sortie après visite du chirurgien, de l'anesthésiste et de l'hypno-praticien.
- Contrôle clinique à un an avec questionnaire d'évaluation.

### I.3. Installation d'un patient traité par HIFU Focal One

La Clinique urologique Nantes Atlantis réalise actuellement plus d'une centaine de traitements par HIFU Focal One par an. Ces traitements par HIFU sont des procédures parfaitement standardisées et reproductibles mais qui vont nécessiter une installation spécifique, comme pour les procédures chirurgicales robotiques Da Vinci.

### Préparation de la salle opératoire avant l'arrivée du patient

- Table d'opération au plus bas, avec tapis de gel et couverture chauffante par dessus.
- Estrade.
- Température de la salle augmentée d'1,5°C.
- Stores baissés et lumière tamisée.
- Appel du brancardier et arrivée du patient debout.
- Installation du patient en décubitus dorsal.
- Séance d'hypnose.
- Induction par l'anesthésiste.
- Sondage du patient.
- Installation du patient.

### Installation du patient en vue d'une procédure par HIFU Focal One

- Mise en place de la table pour les jambes et de l'appui pour le bras gauche.
- Ablation des jambières et mise en place des jambes sur un tabouret.
- Plier les jambes du patient à 90° et tourner le patient en décubitus latéral droit.
- Déplacer le bassin sur l'angle inférieur gauche de la table.
- Installer le coussin avec gouttière pour le bras sous le patient.
- Appuis pour les pieds et le dos ainsi que les coussins de gel.
- Dilatation rectale puis lavement si besoin.

### Préparation du Focal One

- Stérilisation de la sonde de traitement.
- Connexion de la sonde de traitement avec le Focal One.
- Installation du focal Pack.
- Introduction de la sonde échographique.
- Début du traitement par le chirurgien.

### I.4. Traitement du cancer de la prostate par HIFU

La technologie des ultrasons focalisés ou HIFU (*High Intensity Focused Ultrasound*) développée conjointement au début des années 1990 par l'Inserm (Institut national la santé et de la recherche médicale), les Hospices civils de Lyon (CHU Lyon Edouard Herriot) et l'industriel EDAP TMS, est utilisée pour traiter le cancer de la prostate depuis plus de 20 ans dans le monde entier, soit plus de 45 000 traitements.

Cette technique non-invasive crée une nécrose de coagulation précise et irréversible en concentrant, à l'image de la loupe concentrant les rayons du soleil, les ondes ultrasonores en un point focal sur une cible prostatique préalablement définie et en y élevant la température autour de 80° C.

Ce traitement est non-invasif car il utilise une sonde endorectale aussi bien pour identifier la prostate (échographie) que brûler les tissus ciblés (HIFU). Aujourd'hui, cette approche thérapeutique arrive à combiner les dernières technologies d'imagerie et diagnostic (IRM, biopsies ciblées) avec une focalisation dynamique des ultrasons afin de réaliser un traitement le plus conformationnel possible et ainsi préserver les tissus environnants (sphincter, nerfs érecteurs).

La procédure de traitement par Focal One est totalement robotisée et bénéficie d'un contrôle per-opératoire visuel de la qualité du traitement avec la réalisation d'une échographie de contraste à l'issue du traitement. L'efficacité du traitement peut, en effet, être évaluée en per-opératoire grâce à l'utilisation d'une sonde d'échographie de contraste permettant de visualiser les zones traitées (zones dévascularisées). Ces zones pourront bénéficier d'un traitement complémentaire immédiat.

Le traitement par HIFU fait l'objet d'une prise en charge nationale dans le cadre d'une étude clinique,

le Forfait Innovation, qui vise à comparer les résultats carcinologiques et fonctionnel des traitements du cancer de la prostate, en chirurgie et en HIFU.

- Indications,
- Résultats carcinologiques,
- Résultats fonctionnels,
- Hypnose & HIFU,
- Hypnose & Urologie.

## II. Formation « Gestion de la douleur et de l'agressivité des patients par l'apprentissage de l'hypnose »

### Objectifs

- Présentation de l'hypnose conversationnelle.
- Présentation des outils pratiques et exploitables auprès des professionnels soignants afin d'améliorer la relation auprès des patients et particulièrement en situation d'anxiété et ou de douleur liée aux soins.

### Programme de la formation

- Présentation de l'hypnose et ses fondamentaux ; les différents champs d'application en milieu de soins.
- Ateliers pratiques sur les différentes étapes de l'hypnose ; travail en binôme en présence de l'intervenante.
- Mises en situation et échanges sur les pratiques.
- Mise en avant de l'autohypnose pour les soignants dans le cadre de la gestion du stress.
- Mise à disposition d'un script sur les phrases types en hypnose conversationnelle et d'un livre sur l'auto hypnose pour chaque participant.

### Organisation de la formation

Sessions organisées de janvier à juin 2017 sur site par groupe de 12 personnes maximum sur 2 journées consécutives de 7 h chacune.

Groupe hétérogène : personnel soignant, administratif, encadrement.

Intervenante : M<sup>me</sup> Blazejczyk, formatrice et hypnopraticienne diplômée IFHE .

Organisme de formation : Impactance – Formation et conseil

## III. Formation du personnel aux techniques d'hypnose conversationnelle et utilisation du masque d'auto-hypnose HYPNOS PRO durant la réalisation de soins courants en consultation, en soins externes, en salle de réveil ou au sein du service d'urologie

La mise en place de cette prise en charge a été réalisée conjointement à l'utilisation d'un masque sensoriel d'autohypnose avec une formation spécifique du personnel lors d'une journée de formation.

Cette journée de formation comportait deux parties : découverte de l'hypnose (mécanisme, langage spécifique) et utilisation du masque d'auto-hypnose HYPNOS PRO.

La **matinée** fut consacrée à la découverte de la communication hypnotique avec l'apprentissage de la technique de communication hypnotique, des rapports thérapeutiques.

L'**après-midi** fut dédié à l'utilisation du masque HYPNOS PRO, afin d'apprécier les spécificités de son utilisation en Urologie pour permettre de découvrir l'univers du potentiel des services HYPNOS PRO.

La formation à l'utilisation du matériel et à la communication hypnotique autour de ceux-ci est indispensable pour une utilisation optimale. Elle permet d'accroître le potentiel des soins proposer (savoir repérer quelle session pour quel patient et comment la proposer à celui-ci). Ce service est destiné à faciliter votre travail et les soins et services que vous

proposez. Il doit donc pouvoir s'insérer simplement et intuitivement dans votre quotidien.

La mise en place du masque sensoriel HYPNOS PRO est une première en France dans le milieu hospitalier. Il propose différents services dont un système de sessions (MP3) hypnotiques pour les patients. Le masque est piloté en Bluetooth par l'application HYPNOS PRO via une tablette ou un smartphone. Le son des MP3 nécessite le port d'écouteurs ou d'un casque.

Il existe plusieurs thèmes de sessions HYPNOS PRO notamment autour de la **gestion de la douleur** qui est évidemment un aspect très intéressant en hypnose (douleur post-op), mais aussi sur la **relaxation/détente, la motivation**, le rapport au temps et bien d'autres. L'idée étant que le patient puisse se sentir accompagné au mieux avec un service bien différenciant.

Le masque a également été développé pour rééduquer et **améliorer le sommeil** de ses utilisateurs embarquant un système d'aide à l'endormissement basé sur la cohérence cardiaque ainsi qu'un réveil à simulateur d'aube. Ce qui pourra faire l'objet d'un service complémentaire pour les patients passant la nuit.

Chaque participant reçoit un fascicule afin de pouvoir retrouver tous les éléments de la formation et d'en disposer comme d'un memento. Un site de E-learning a été développé pour pouvoir compléter sa formation.

Actuellement la clinique urologique dispose de trois masques HYPNOS PRO :

- en consultation pour la réalisation de fibroscopie vésicale ;
- en soins externes pour les plasties de frein, les injections intra-vésicales de BOTOX, les biopsies de la prostate par voie transrectale ou transpéri-néale ;

- dans le service d'urologie lors de soins douloureux, la gestion du stress, des troubles du sommeil.

L'objectif à terme est de permettre la mise en place d'une utilisation du masque HYPNOS PRO avant, pendant et après la prise en charge chirurgicale intégrée dans le cadre des procédures de réhabilitation améliorée après chirurgie.

L'hypnose s'intègre avec l'ensemble des mesures visant à réduire le stress (ou agression) chirurgical afin de rendre les suites opératoires moins compliquées, plus confortables et plus courtes.

## PROGRAMME Planning journée

<b>15:30 → 17:30</b>	<b>FORUM ÉCHANGES ET VIDÉOS</b> .....	Amphi. Bordeaux
V1	Mini-percutanée .....	24
	Lyon - Hôpital Edouard Herriot - Caroline MANUGUERRA-GAUD, Nadia ABID	
V2	Traitement des déchets d'irrigation au bloc opératoire par l'utilisation du système d'aspiration continu avec Neptune® (Stryker) .....	25
	Gap - Polyclinique des Alpes du Sud - Corinne CERRIANA, Maureen MEDARD, Fabrice MONDET	
V3	Prostatectomie radicale et suivi vidéo assisté à domicile .....	26
	Toulouse - CHU Rangueil - Jean-Pierre BASTIÉ	
V4	RRAC et RTUP .....	27
	Bayonne - Capiro clinique Belharra - Sophie BISSEY, Mathieu HUMBERT	
V5	Apport du casque de réalité virtuelle 3D d'hypno-sédation afin d'améliorer la bienveillance du patient dans la pratique urologique courante.....	28
	Ollioules - Polyclinique mutualiste H. Malartic - Jean-Luc BOUTEL, Marion PATUREAU, Muhieddine KHODARI	



<b>17:30</b>	<b>Assemblée Générale de l'AFIU</b> .....	Amphi. Bordeaux
	(ouverte à tous les adhérents 2017 de l'association)	

## Mini-percutanée

Lyon - Hôpital Edouard Herriot  
Caroline MANUGUERRA-GAUD, Nadia ABID

Nous débuterons cet exposé par un bref rappel anatomique, un rappel historique, la technique de la mini-NLPC : les indications de ce geste, les impératifs avant le geste, l'installation du patient, le matériel nécessaire, la technique opératoire. Nous terminerons par mini-NLPC *versus* urétéroscopie souple. Nous concluons par un échange.

## Traitement des déchets d'irrigation au bloc opératoire par l'utilisation du système d'aspiration continu avec Neptune® (Stryker)

Gap - Polyclinique des Alpes du Sud  
Corinne CERRIANA, Maureen MEDARD, Fabrice MONDET

Le travail de l'infirmière en urologie au bloc opératoire comprend très souvent la gestion de système d'irrigation et d'aspiration.

Afin de lutter contre l'exposition de déchets d'activités de soins à risques infectieux en urologie, nous souhaitons vous faire partager notre expérience dans la mise en place d'un système d'aspiration chirurgicale.

Celui ci permet une élimination directe des fluides, d'éviter le transport, le stockage et d'améliorer ainsi les conditions de travail pour le personnel de santé et les agents chargés de l'évacuation des déchets.

Enfin, ce système nous permet d'intégrer la gestion des déchets dans une politique de développement durable de l'établissement.

## Prostatectomie radicale et suivi vidéo assisté à domicile

Toulouse – CHU Rangueil  
Jean-Pierre BASTIÉ

Une équipe paramédicale peut-elle se lancer dans la recherche clinique et soutenir les équipes de ville, dans la prise en charge des patients qui quittent de plus en plus tôt nos services ?

C'est toute la réflexion menée par l'équipe du département d'urologie du CHU de Toulouse.

Cette démarche clinique, managée par l'infirmier expert en urologie du service et soutenue par l'équipe médicale, a mobilisé de nombreux acteurs institutionnels, mais aussi l'industrie privée pour trouver les moyens d'exister.

L'étude Videoprost a pour objet d'évaluer à 45 jours, l'effet d'un suivi vidéo assisté, sur la prise en charge postopératoire à domicile, des patients ayant eu une prostatectomie totale.

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans et représente la troisième cause de décès par cancer en France.

En 2010, selon l'Association Française d'Urologie, 22 000 patients ont eu une prostatectomie totale en traitement de leur cancer de prostate.

En cas de complication chirurgicale, après le retour à domicile, les patients sont revus lors de consultations non programmées ou de ré-hospitalisations, via le service des urgences.

Videoprost a pour objectif d'évaluer, lors d'une étude pilote, l'effet sur 45 jours d'un suivi, sur la gestion des complications post-opératoires, à domicile, de 30 patients ayant eu une prostatectomie totale en comparaison à 30 patients ayant eu une prise en charge conventionnelle à domicile.

Elle va évaluer, dans un même temps, l'évolution des effets secondaires post-chirurgie : douleur, fatigue, incontinence et dysfonction érectile, de la sortie du service à la première consultation post-opératoire.

## RRAC et RTUP

Bayonne - Capio clinique Betharra  
Sophie BISSEY, Mathieu HUMBERT

La récupération rapide après chirurgie ou RRAC est un mode de prise en charge innovant se combinant avec des techniques mini invasives.

C'est une médecine moderne, très répandue en Europe du nord mettant en avant un travail d'équipe centré sur le patient.

Cela permet une autonomie rapide et une mobilisation précoce, la réduction du stress physique et psychique, l'absence de complications dues à un alitement prolongé et de ce fait l'amélioration du vécu du patient en permettant la réduction du temps d'hospitalisation.

En urologie, la RRAC se met en place dans certaines interventions et, notamment, dans la résection trans-urétrale de la prostate (RTUP).

Le chirurgien pose l'indication en s'assurant de la compréhension du patient, de son implication, ce dernier devenant acteur du soin, de ses antécédents et mode de vie.

Dès le pré-opératoire, un parcours de soin avec un véritable chemin clinique va s'organiser faisant intervenir une équipe multidisciplinaire permettant de guider le patient à chaque étape.

En pré-opératoire, les informations détaillées sont transmises au patient sur le déroulement de cette prise en charge par différents intervenants :

- chirurgien,
- secrétaire,
- anesthésiste,
- infirmière RRAC, et infirmière pré-opératoire.

Le per-opératoire sera marqué par l'amélioration de la qualité des gestes, des techniques modernes avec des nouvelles techniques endoscopiques et moins invasives.

Le post-opératoire aura pour but de mobiliser et d'alimenter le patient rapidement (lever précoce, reprise alimentaire le soir même de l'intervention, ablation rapide de la sonde vésicale).

Cependant, la sortie du patient n'a lieu qu'après validation de certains critères par le chirurgien comme :

- la reprise mictionnelle ou la douleur, par exemple, et sera sécurisée par un appel au domicile du patient le lendemain de sa sortie et 15 jours après,
- une écoute et une disponibilité de l'équipe soignante restant totale entre temps.

## Apport du casque de réalité virtuelle 3D d'hypno-sédation afin d'améliorer la bienveillance du patient dans la pratique urologique courante

Ollioules - Polyclinique mutualiste H. Malartic  
Jean-Luc BOUTEL, Marion PATUREAU, Muhieddine KHODARI

### Objectif

Placer le confort du patient tout au long de sa prise en charge en urologie comme une priorité en améliorant la gestion de la douleur et de l'anxiété.

### Méthode

L'utilisation d'un casque de réalité virtuelle associé à un casque audio permet d'isoler le patient de l'environnement clinique et d'accéder simplement à un état de relaxation et de sédation. Chaque environnement virtuel est défini en fonction de l'acte opératoire et du choix du patient. L'auto-hypnose peut être facilement proposée en complément des méthodes d'anesthésie locale pour la réalisation de geste d'urologie courante : fibroscopie vésicale, lithotripsie extra-corporelle (LEC), biopsie de la prostate et chirurgie de l'incontinence urinaire.

### Résultat

Lorsque le casque de réalité virtuelle est utilisé en pré-opératoire, le patient se déconnecte, ce qui comble le « vide relationnel » du bloc opératoire et réduit l'anxiété et le stress avant l'intervention. La biopsie de prostate se fait dans de meilleures conditions : l'attention du patient est déviée sur autre chose que sur le geste invasif qui touche à sa « masculinité » en lui suggérant un environnement agréable. Dans la fibroscopie vésicale, le casque de réalité virtuelle va créer une confusion, permettant au patient d'être rassuré en oubliant que l'on

touche à son intimité. Dans la LEC, la dissociation engendrée par le casque de réalité virtuelle permet d'améliorer la précision de la séance : le patient ne bougeant plus malgré l'installation inconfortable et bruyante.

### Conclusion

Les environnements virtuels au service de la santé sont en plein essor. Il existe de véritables indications en urologie afin d'améliorer la bienveillance du patient. Le casque de réalité virtuelle 3D permet, par l'hypnosédation, un meilleur confort du soin et facilite le geste du praticien. Ce casque vient en complément des méthodes d'anesthésie habituelle en diminuant les doses de morphinomimétiques et d'hypnotiques.



**08:45 Ouverture de la journée**

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

**09:00 → 11:10 BRÈVES****09:00 Traitement du cancer localisé de la prostate par HIFU : la fusion écho/IRM et les nouvelles possibilités offertes par la machine Focal One®..... 32**

Bordeaux - Urologie Saint-Gatien  
 Équipe soignante, Gilles PASTICIER

**09:20 Gestion de la cystite radique..... 33**

Toulouse - CHU Rangueil  
 Jean-Baptiste BEAUVAL

**09:40 Eaux de boisson et urologie..... 34**

Vandœuvre-lès-Nancy - CHU de Brabois  
 Jacques HUBERT

**10:00 Pause et visite des stands****10:30 À chaque nuance, ses consignes... 35**

Nîmes - Polyclinique Kenval-Kennedy  
 Emilie SALERY, Laurent SOUSTELLE

**10:50 Le cannabis : toxique ou thérapeutique ? 36**

Clermont de l'Oise - Centre d'accueil et de soins des conduites addictives  
 Sophie VELASTEGUI

PROGRAMME Planning journée

**11:10 → 16:30** CONFÉRENCES

**11:10** **L'uro-néphrologie pour les astronautes** - Questions au conférencier par SMS.....37  
Toulouse - MEDES Institut de médecine et physiologie spatiale  
Bernard COMET

**12:30** Remise du prix Coloplast  **Coloplast**

**12:45** Déjeuner

**14:00** **Les différents donneurs d'organes**.....38  
Agence de la biomédecine - Olivier BASTIEN  
Paris Sud-Hôpital Bicêtre - Liliane JOSEPH

**14:35** **Activités physiques et cancer** .....39  
Bobigny - Hôpital Avicenne  
Thierry BOUILLET

**15:10** **Les actes exclusifs IBODE** ..... 40  
Maître Jean-Christophe BOYER  
en liaison avec l'Union nationale des associations des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état

**15:45** **Urologie humanitaire : prise en charge des fistules vésico-vaginales** ..... 42  
Marseille - Hôpital de la Conception  
Gilles KARSENTY

**16:30** Fin des 38<sup>es</sup> Journées

## Traitement du cancer localisé de la prostate par HI FU : la fusion écho/IRM et les nouvelles possibilités offertes par la machine Focal One®

Bordeaux - Urologie Saint-Gatien  
Équipe soignante, Gilles PASTICIER

### Contexte

Le cancer localisé de la prostate est une pathologie caractérisée par une palette d'agressivité très étendue, certains cancers de prostate étant si peu agressifs que certains les nomment « indolents », auquel cas une stratégie de surveillance active peut être proposée alors qu'à l'opposé, certains cancers sont très agressifs, relevant d'un traitement radical (chirurgie ou hormonothérapie) voire d'un traitement multimodal. Entre les deux, s'inscrit toute une catégorie qu'on peut nommer « de risque intermédiaire », pour lesquelles une surveillance active serait un sous-traitement, mais un traitement radical (et son cortège potentiel d'effets secondaires) serait un sur-traitement. C'est pour ce sous-groupe que peut être, sous certaines conditions, envisagé un traitement « focal » ou encore traitement partiel, l'idée étant de cibler uniquement la zone à traiter par un agent physique approprié après un repérage approprié (ou cartographie) de la zone à traiter.

### Place de l'HIFU (*High Intensity Focused Ultrasound*) et intérêt de la fusion Echo/IRM

L'HIFU est une technique qui délivre par voie rectale sur la prostate des ultrasons de haute énergie permettant une destruction tissulaire de la prostate par élévation thermique > 80° C au point d'impact. Le 1<sup>er</sup> patient a été traité par cette technique à Lyon avec une machine de 1<sup>re</sup> génération appelée Ablatherm® en 1993.

Plus de 20 ans de développement ont suivi pour aboutir, dans la lignée de l'Ablatherm®, à une ma-

chine de dernière génération appelée Focal One®, offrant des améliorations majeures, au rang desquelles la plus importante, en lien avec le sujet qui nous intéresse aujourd'hui, est représentée par la possibilité de réaliser une fusion d'images entre :

- l'échographie en temps réel réalisée en per-opératoire pour définir et contrôler les zones que l'on traite ;
- et l'IRM réalisée en pré-opératoire, sur laquelle on a pu réaliser le contourage, non seulement de la prostate, mais surtout de la zone à traiter.

### Didacticiel de la vidéo présentée

La vidéo présente un traitement focal par HIFU avec la machine Focal One® dont les temps forts sont 1) la fusion d'image entre l'IRM préopératoire et l'échographie per-opératoire ; 2) le traitement à proprement parler.

### Résultats de ce type d'approche

Les résultats du traitement partiel ou encore focal de la prostate par hémi-HIFU (traitement d'une hémi-glande) sont maintenant disponibles, suite à la conduite d'une étude nationale prospective multicentrique, et seront brièvement présentés.

### Rôle de l'infirmière dans le traitement HIFU Focal One®

Description des principales étapes de la mise en route d'un traitement Focal One®, les étapes-clé où l'infirmière intervient.

## Gestion de la cystite radique

Toulouse - CHU Rangueil  
Jean-Baptiste BEAUVAL

## Eaux de boisson et urologie

Vandoeuvre-lès-Nancy – CHU de Brabois  
Jacques HUBERT

## À chaque nuance, ses consignes...

Nîmes - Polyclinique Kenval-Kennedy  
Emilie SALERY, Laurent SOUSTELLE

En service d'urologie, il ne se passe pas une journée sans entendre cette fameuse question : « *de quelle couleur sont les urines du patient ?* ».

À cette interrogation, la réponse paraît simple mais, en réalité, elle est plutôt complexe et peut être différente entre chaque individu.

Dans de nombreux services, les soignants utilisent des adjectifs pour décrire les urines tels que « claires », « rosées », « orangées », « rouges », « concentrées »... Chacun décrit la teinte qui lui semble la plus appropriée. Or, ces descriptions nous font défaut. En effet, nous retrouvons régulièrement des discordances entre nos propres observations soignantes mais aussi entre nos notes dans les paramètres vitaux et les observations médicales. Ces différences de perception induisent des prises en charge qui ne s'avèrent pas toujours adaptées. Par exemple, en fonction de la couleur des urines, certains soignants doutent sur la réalisation de prescriptions et n'exécutent pas les soins prescrits (comme une sonde vésicale qui n'a pas été retirée alors qu'elle aurait dû l'être...). De même, souvent, des patients contactent les équipes soignantes parce qu'ils sont inquiets sur la couleur de leurs urines. En fonction de leurs dires, nous leur indiquons des conduites à tenir, mais ces conseils restent très subjectifs puisqu'ils dépendent de couleurs supposées...

Des recherches effectuées ont permis de mettre en évidence, que ces diverses perceptions des couleurs n'étaient pas forcément liées à nos yeux mais à de nombreux facteurs environnementaux et que seul la création d'un nuancier permettrait d'avoir un même

vocabulaire pour désigner une couleur. Ainsi, lors d'une enquête menée l'an dernier, 81 % des IDE interrogées dont 100 % des IDE d'urologie mettaient en évidence la nécessité d'avoir un support. De même, 56 % des IDE interrogées dont 100 % des IDE d'urologie avouaient hésiter sur la réalisation de certaines prescriptions en fonction de la couleur des urines.

Il nous a donc semblé important de créer une échelle de colorimétrie de la macro-hématurie et d'y introduire des consignes pour aider le personnel soignant dans la prise en charge des patients hospitalisés et, pour les patients, pour les rassurer et les conseiller au domicile.

## Le cannabis : toxique ou thérapeutique ?

CH de Clermont de l'Oise - Centre d'accueil et de soins des conduites addictives  
Sophie VELASTEGUI

Le cannabis est la drogue illégale la plus largement consommée dans l'hexagone, surtout par un public relativement jeune.

Les dangers d'une consommation régulière sont réels et il n'est pas conseillé de relativiser le problème.

Toutefois, le cannabis comprend plusieurs variétés et certaines peuvent être thérapeutiques.

En France, il est considéré comme un stupéfiant, pourrait-il avoir un autre statut comme dans d'autres pays ?

## L'uro-néphrologie pour les astronautes

Toulouse – MEDES Institut de médecine et physiologie spatiale  
Bernard COMET

L'exposé du Docteur Bernard Comet (consultant auprès du MEDES – Institut de médecine et physiologie spatiales) décrira la prise en compte des problèmes urologiques et néphrologiques lors de la sélection médicale des astronautes et ensuite durant le suivi médical tout au long de leur carrière. Il s'attachera ensuite à expliquer la prise en charge des problèmes urologiques durant des vols spatiaux habités avec un focus sur la formation des astronautes dans ce domaine, les dispositifs embarqués seront aussi énumérés. Enfin, des problèmes urologiques survenus au décours des vols spatiaux habités passés seront analysés en particulier les lithiases urinaires, les dysuries/rétentions urinaires ainsi que les infections urinaires.

Amphi. Bordeaux 14:00 - 14:35

Conférence 2

## Les différents donneurs d'organes

Agence de la biomédecine - Olivier BASTIEN

Paris Sud-Hôpital Bicêtre - Liliane JOSEPH

## Activités physiques et cancer

Bobigny - Hôpital Avicenne  
Thierry BOUILLET

## Les actes exclusifs IBODE

Maitre Jean-Christophe BOYER, en liaison avec l'Union nationale des associations des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état

JORF n°0024 du 29 janvier 2015 Page 1334  
Texte n° 38

Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire

NOR: AFSH1418637D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/1/27/AFSH1418637D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/1/27/2015-74/jo/texte>

Publics concernés : infirmier et infirmière de bloc opératoire, infirmier et infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire au moment de l'entrée en vigueur du décret.

Objet : le présent décret définit les actes et activités que les infirmières et infirmiers de bloc opératoire sont seuls habilités à réaliser à condition d'avoir suivi une formation.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain du jour de sa publication.

Notice : le décret introduit dans le code de la santé publique deux nouveaux articles consacrés à l'exercice des infirmiers et infirmières de bloc opératoire. Il habilite les infirmiers et infirmières de bloc opératoire à réaliser de nouveaux actes et activités et précise les conditions dans lesquelles ils seront réa-lisés. Il permet également aux infirmiers en formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire de participer aux activités réservées aux infirmiers et infirmières de bloc opératoire.

Pour exercer ces actes et activités, l'ensemble des infirmiers et infirmières de bloc opératoire en exercice et en cours de formation devront avoir suivi une formation complémentaire avant le 31 décembre 2020.

Références : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4311-1, L. 4382-1 et R. 4311-11 ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 6312-1, L. 6312-2 et L. 6313-1 ;

Vu la loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 22 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 9 juillet 2014 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 27 août 2014 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

## Article 1

Après l'article R. 4311-11 du code de la santé publique, il est inséré les articles R. 4311-11-1 et R. 4311-11-2 ainsi rédigés :

Art. R. 4311-11-1. L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire, est seul habilité à accomplir les actes et activités figurant aux 1° et 2° :

1° Dans les conditions fixées par un protocole pré-établi, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens :

a) Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

- l'installation chirurgicale du patient ;
- la mise en place et la fixation des drains sus aponevrotiques ;
- la fermeture sous-cutanée et cutanée ;

b) Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;

2° Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. R. 4311-11-2. L'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire peut participer aux actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 dans les conditions qui y sont définies, en présence d'un infirmier ou d'une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire.

## Article 2

I. - Doivent suivre une formation complémentaire avant le 31 décembre 2020 les professionnels mentionnés ci-dessous :

1° L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire titulaire du diplôme d'Etat, en exercice à la date d'entrée en vigueur du présent décret ;

2° L'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire à la date d'entrée en vigueur du présent décret.

II. - Pour pouvoir réaliser les actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique entre la date d'entrée en vigueur du présent décret et le 31 décembre 2020, les professionnels mentionnés aux 1° et 2° du I doivent avoir suivi la formation complémentaire mentionnée au I.

III. - Le contenu, les modalités de cette formation complémentaire et le modèle type d'attestation de formation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les employeurs publics et privés assurent le financement de cette formation au titre des dispositifs de formation professionnelle continue, de formation professionnelle tout au long de la vie ou du développement professionnel continu.

## Article 3

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 27 janvier 2015.

Par le Premier ministre,

Manuel Valls

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Marisol Touraine

MERCREDI

15/11

Amphi. Bordeaux 15:45 - 16:30

Conférence 5

## Urologie humanitaire : prise en charge des fistules vésico-vaginales

Marseille - Hôpital de la Conception

Gilles KARSENTY









**Organisation**

Colloquium - AFIIU 2017  
2-8 rue Gaston Rebuffat  
75019 Paris  
Téléphone : 01 44 64 15 15  
E-mail : cfu@clq-group.com

