

Fiche Info-Patient



Dernière mise à jour : mai 2012

NEPHRO-URETECTOMIE TOTALE

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

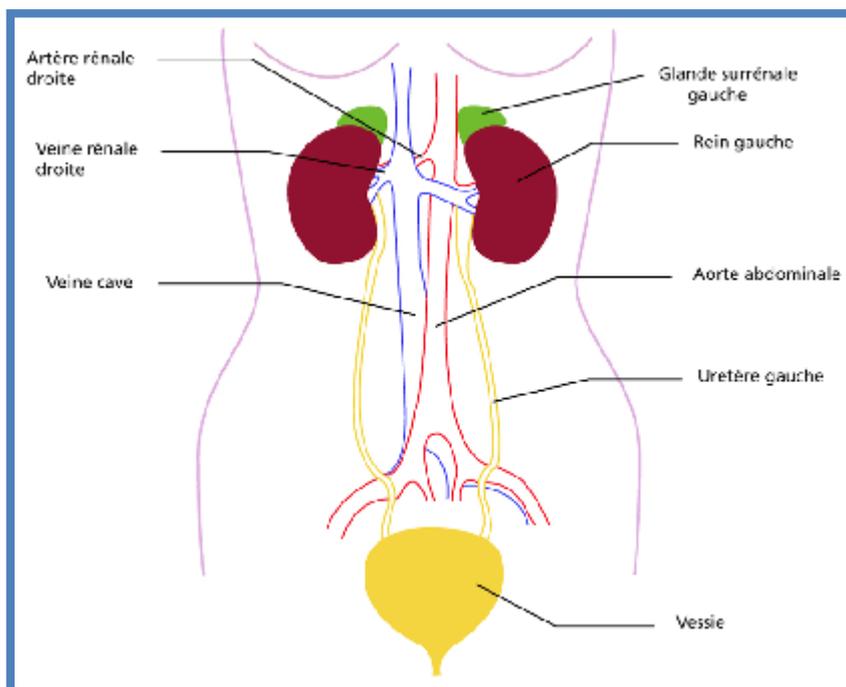
Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

Cette intervention est destinée à enlever un rein et l'uretère correspondant, jusqu'au niveau de son implantation dans la vessie.

Rappel anatomique

Le rein est un organe qui joue le rôle d'un filtre participant à l'épuration du sang et à l'élimination des déchets de l'organisme. Les reins sont habituellement au nombre de deux. Ils sont situés dans l'abdomen sous le thorax, de part et d'autre de la colonne vertébrale. L'urine fabriquée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie où elle est stockée entre deux mictions.



Pourquoi cette intervention ?

Les examens que vous a fait pratiquer votre médecin ont mis en évidence une tumeur au niveau des cavités urinaires du rein ou du canal de l'uretère. Cette intervention peut également vous être proposée pour le traitement d'une destruction complète de votre rein consécutive à une obstruction de l'uretère (malformation de naissance, blocage par un calcul...).

Le traitement chirurgical consiste en l'ablation du rein dans sa totalité et de l'uretère correspondant, jusqu'au niveau de son implantation dans la vessie.

Attention :

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

Votre chirurgien vous a expliqué pourquoi la conservation d'une partie du rein ou de l'uretère n'est pas possible. Cette opération est nécessaire lorsque le rein vous expose à un risque de troubles cliniques par complications (douleurs, saignements, fièvre...). En cas de cancer des cavités urinaires du rein ou de l'uretère, le traitement chirurgical a pour but d'éviter l'évolution de la maladie.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Dans de rares cas, un geste conservateur peut être proposé (ablation d'un petit segment de l'uretère), en général pour des pathologies à faible potentiel évolutif. Lorsqu'une néphro-urétérectomie totale est indiquée, il n'existe pas d'autre possibilité que l'exérèse chirurgicale complète de la voie urinaire de ce côté.

En cas de cancer des cavités rénales, le geste qui vous est proposé permet à la fois d'obtenir un diagnostic définitif de la lésion, de vous traiter et de déterminer la surveillance ultérieure.

Dans les autres cas (rein détruit responsable de symptômes cliniques, infections à répétitions...), l'indication de néphro-urétérectomie vous a été expliquée en fonction des bénéfices attendus et des risques encourus en laissant le rein en place.

Préparation à l'intervention

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire. Signalez à votre urologue et à l'anesthésiste vos antécédents médicaux, chirurgicaux et traitements en cours, en particulier anticoagulants (aspirine, clopidogrel, anti vitamine K) dont l'utilisation augmente le risque de saignement lors de l'intervention, mais dont l'arrêt expose à des risques de thrombose (coagulation) des vaisseaux. Le traitement anticoagulant sera adapté et éventuellement modifié avant l'intervention. Indiquez aussi toute allergie.

Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

Les urines doivent être stériles pour l'opération : une analyse d'urines est donc réalisée préalablement pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à différer la date de votre opération.

Une préparation digestive est proposée dans certains cas.

Technique opératoire

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

Elle se déroule en deux temps au cours de la même anesthésie :

◆ Ablation du rein et de l'uretère jusqu'au contact de la vessie.

Plusieurs voies d'abord permettent d'accéder au rein :

- Chirurgie classique avec une incision antérieure ou sur le côté.
- Ou chirurgie coelioscopique (vidéo-chirurgie). Le choix est fait en fonction de la maladie causale, de votre morphologie et des habitudes de votre chirurgien.

Suivant les indications, il peut être nécessaire de retirer la graisse autour du rein (néphrectomie élargie) ou la glande surrénale.

◆ Ablation de l'extrémité de l'uretère et de sa zone de fixation dans la vessie.

Cette partie de l'opération peut être pratiquée de différentes façons :

- Par une seconde incision chirurgicale à la partie basse de l'abdomen.
- Par voie coelioscopique.
- Ou par une technique endoscopique (par voie naturelle de l'urètre et de la vessie).

Le choix entre ces différentes techniques est fait en fonction de la maladie causale, de votre morphologie et des habitudes de votre chirurgien.

Le rein et l'uretère et les éventuels ganglions adjacents supprimés sont ultérieurement analysés au microscope (examen anatomopathologique) pour préciser le diagnostic et, en cas de tumeur, définir le pronostic, les éventuels traitements complémentaires et les modalités de suivi.

En fin d'intervention, un ou plusieurs drains peuvent être mis en place ; ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.

Suites habituelles

L'estomac est parfois mis en aspiration par une sonde sortant par une narine, ceci dans le but d'éviter les vomissements, sources de douleurs au niveau de la cicatrice et de complications respiratoires.

Pour surveiller le bon fonctionnement du rein restant et vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil, une sonde urinaire est mise en place pendant l'anesthésie. Elle est rarement responsable d'un inconfort.

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques administrés régulièrement. Un cathéter peut être placé dans la cicatrice pour diminuer les douleurs des premières heures.

Le moment de l'ablation du ou des drains et de la sonde vésicale est variable et défini par le chirurgien. Vous êtes habituellement autorisé à vous lever dès le lendemain de l'opération et à vous réalimenter dès la reprise du transit intestinal. L'hospitalisation dure environ de six à dix jours et une convalescence de quelques semaines peut être nécessaire. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise des activités et du suivi après l'opération.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

- ◆ Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

- ◆ Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

- **Pendant le geste opératoire :**

Blessure des organes de voisinage, incluant l'intestin grêle et le colon, justifiant leur réparation ou leur ablation :

Lors de la néphrectomie gauche : les constatations opératoires et les variations anatomiques individuelles peuvent conduire à une lésion de la rate imposant son ablation. Dans ce cas, un traitement antibiotique au long cours (au moins 2 ans) et une vaccination anti-pneumocoque sont indispensables pour prévenir le risque infectieux à distance de l'intervention. De la même façon, le pancréas peut être traumatisé, conduisant à un risque de pancréatite aiguë ou à un écoulement de liquide pancréatique (fistule).

Lors de la néphrectomie droite : les constatations opératoires et les variations anatomiques individuelles peuvent conduire à une lésion du foie ou du duodénum (intestin) imposant une prise en charge spécifique chirurgicale et en réanimation.

Parce qu'elles mettent en jeu le pronostic vital, ces complications peuvent imposer une hospitalisation de longue durée et des soins en réanimation.

Blessure vasculaire responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang ou un geste chirurgical complémentaire. Cette complication rare peut directement mettre en jeu le pronostic vital.

Dans certaines situations, **des organes adjacents peuvent être atteints par la maladie rénale imposant une modification de la stratégie chirurgicale** (ablation d'autres organes, extension de l'incision ou renoncement à l'intervention).

- **Dans les suites postopératoires précoces :**

Saignement pouvant nécessiter un geste complémentaire : embolisation (oblitération du vaisseau sanguin sous contrôle radiologique) ou reprise chirurgicale.

Problèmes cardio-vasculaires ou liés à l'anesthésie nécessitant une prise en charge dans un service de soins intensifs. Les causes les plus fréquentes sont les infections pulmonaires, les embolies pulmonaires, les accidents vasculaires cérébraux, les phlébites, les infarctus du myocarde dont les formes les plus sévères peuvent aboutir au décès.

Pneumothorax (diffusion d'air autour du poumon) nécessitant la mise en place d'un drain thoracique.

Infections plus ou moins sévères :

- Infection urinaire relevant d'un traitement antibiotique.
- Infection générale avec septicémie pouvant nécessiter des soins intensifs.
- Infection de la paroi et de la cicatrice pouvant justifier des soins locaux.

Fistule urinaire par mauvaise cicatrisation de la suture de la vessie. Cette complication peut imposer de garder la sonde vésicale plus longtemps ou justifier une reprise chirurgicale.

Complications digestives :

- Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
- Eviscération nécessitant habituellement une ré-intervention.
- Péritonite post opératoire ou occlusion intestinale pouvant justifier une réintervention et dans des cas exceptionnels la réalisation d'une stomie digestive temporaire (anus artificiel).
- Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical.

Possibilité de recours au rein artificiel (dialyse). Ce risque dépend du fonctionnement de l'autre rein, de votre fonction rénale globale, de vos antécédents médicaux et des difficultés du geste chirurgical. Votre urologue vous a exposé votre situation par rapport à ce risque.

Problèmes cutanés ou neurologiques liés à votre position sur la table d'opération ou à l'alitement prolongé pouvant entraîner des séquelles et une prise en charge à long terme.

- Risques à distance :

Comme dans toute intervention abdominale, des brides intra-abdominales peuvent survenir et entraîner des **troubles digestifs**.

Déformations de la paroi de l'abdomen au niveau de l'incision pouvant apparaître ou s'aggraver avec le temps. Il peut s'agir d'une déhiscence des muscles de l'abdomen, ou d'une hypotonie (diminution du tonus musculaire) séquellaire de l'intervention.

Collections liquidiennes ou abcès pouvant nécessiter un drainage plusieurs semaines après l'intervention.

Troubles de la sensibilité cutanée pouvant apparaître le long ou en dessous de la cicatrice.

Le risque de **recours définitif au rein artificiel** (dialyse) est rare, mais dépendant de votre condition médicale préexistante à l'intervention.

Récidive de la maladie sur le site d'exérèse de la tumeur, dans le rein controlatéral, dans les tissus de voisinage ou sur la cicatrice.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Suivi post opératoire

Le suivi dont vous ferez l'objet après l'intervention répond à trois objectifs :

- ◆ Vérifier l'absence de récurrence en cas de tumeur cancéreuse.
- ◆ Surveiller le fonctionnement du rein restant.
- ◆ Détecter d'éventuelles complications.

Lors de la consultation post-opératoire, votre urologue vous informe du résultat de l'analyse microscopique du rein et en cas de cancer, du stade et du pronostic de votre maladie. L'ensemble de ces éléments conditionne la fréquence et les modalités de votre surveillance qui reposera sur un examen clinique associée à des examens biologiques et radiologiques, voire d'éventuels traitements secondaires.

* L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.