

Fiche Info-Patient



Association
Française
d'Urologie

www.urofrance.org

Dernière mise à jour : mai 2012

CURAGE RETROPERITONEAL POUR MASSE RESIDUELLE

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.

Vous avez été opéré d'une tumeur du testicule avec atteinte des ganglions du rétro péritoine. Les examens de contrôle montrent la persistance d'une masse ganglionnaire après plusieurs cures de chimiothérapie.

L'ablation des masses résiduelles permet d'en connaître la nature exacte et de déterminer la suite de la prise en charge.

Les ganglions rétropéritonéaux

Les ganglions lymphatiques qui drainent le testicule droit sont situés en avant de la veine cave inférieure et entre l'aorte abdominale et la veine cave inférieure.

Les ganglions qui drainent le testicule gauche sont situés au bord gauche et à la face antérieure de l'aorte abdominale.

Tous ces ganglions lymphatiques sont en contact étroit avec les nerfs qui contrôlent l'éjaculation.

Pourquoi cette intervention ?

Les masses résiduelles diagnostiquées après chimiothérapie peuvent être bénignes (fibrose, nécrose) ou malignes (tissu tumoral actif). En cas de fibrose ou de nécrose, le traitement a été efficace et une surveillance est indiquée.

Une progression tumorale est inévitable s'il existe du tissu tumoral actif.

Le scanner ou l'IRM ne permettent d'évaluer que la taille des ganglions du rétropéritoine. Ils ne peuvent pas démontrer la nature de leur contenu.

Le TEP scan n'est interprétable que dans certains types de tumeurs, avec un certain risque d'erreur par excès ou par défaut.

Le curage rétropéritonéal est le seul examen qui permet de connaître avec exactitude la nature des masses résiduelles. Dans certains cas, il peut être curatif. Dans d'autres cas, il permet de réadapter la chimiothérapie initialement proposée. Le choix de cette opération tient compte de votre âge, de votre état général

et des risques d'évolution générale de la maladie.

Préparation à l'intervention

L'intervention se déroule systématiquement sous anesthésie générale. Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération. Dans certains cas, des explorations respiratoires peuvent être demandées en raison de vos antécédents médicaux.

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.

Technique opératoire

L'intervention consiste à enlever les masses résiduelles et à réaliser un curage qui en règle générale est étendu à l'espace rétro péritonéal. Elle est pratiquée par chirurgie classique incisionnelle. Certaines équipes expertes proposent une intervention sous coelioscopie à condition que le volume tumoral soit restreint et que la résection soit limitée à la masse résiduelle et aux ganglions rétro péritonéaux.

Le choix de la tactique opératoire est fait en fonction du volume et des rapports des masses résiduelles. Dans certains cas, l'ablation des lésions justifie des sacrifices d'organes (rein, tube digestif) ou des gestes vasculaires (résection de gros vaisseaux avec ou sans remplacement prothétique, pontages). De ce fait, l'intervention peut nécessiter la présence de plusieurs équipes chirurgicales. Une sonde urinaire peut être mise en place pendant l'intervention pour surveiller la diurèse. En fin d'intervention, un ou plusieurs drains peuvent être mis en place. Ils permettent de surveiller le site opératoire.

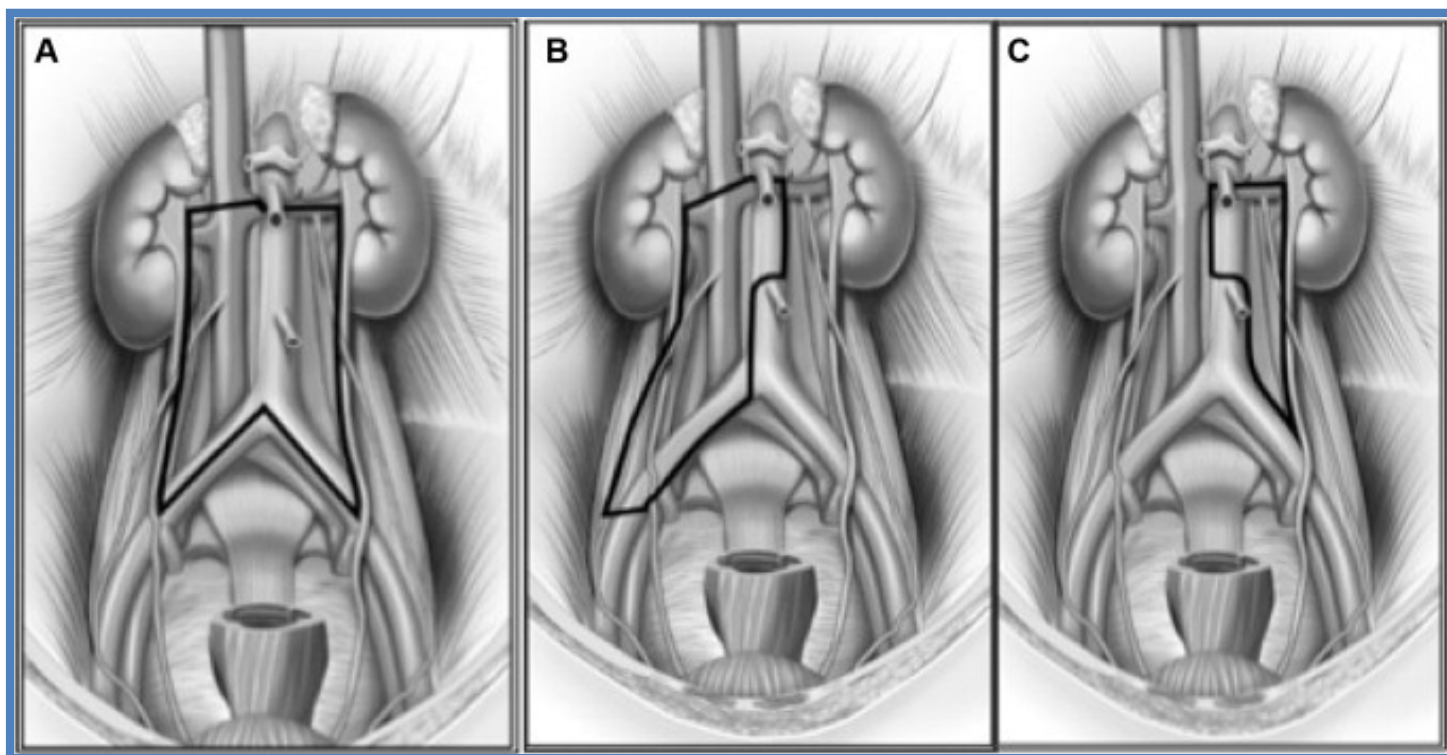


Figure: Limites de curage, bilatéral complet (A), unilatéral modifié droit (B) et gauche (C).

Suites habituelles

La douleur liée à l'intervention nécessite l'administration de médicaments antalgiques administrés régulièrement en fonction de vos besoins. Vous êtes autorisé habituellement à vous lever dès que possible et à vous réalimenter dès la reprise du transit intestinal.

Le moment de l'ablation du ou des drains est variable et définie par le chirurgien.

L'hospitalisation est variable en fonction du type de chirurgie. Une convalescence de quelques semaines est nécessaire. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de travail si besoin 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.

Complications précoces :

- ◆ Hémorragie et hématomes : ils peuvent nécessiter des transfusions sanguines, parfois une nouvelle intervention pour contrôler le saignement.
- ◆ Plaie de l'uretère, plaie digestive, qui nécessitent d'être reconnues et traitées.
- ◆ Ascite chyleuse : il s'agit d'un écoulement de lymphes dans l'abdomen qui nécessite parfois des soins prolongés et une alimentation par perfusion pendant plusieurs jours. Une intervention peut être nécessaire pour obturer le canal lymphatique qui coule.
- ◆ Lymphocèle : il s'agit d'une collection de lymphes dans la zone opérée. Elle peut être responsable d'un retard de reprise de transit intestinal et nécessiter une ponction évacuatrice sous scanner.
- ◆ La survenue d'une phlébite ou d'une embolie pulmonaire nécessite un traitement anticoagulant curatif intraveineux ou sous cutané qui sera relayé par un traitement oral prescrit pendant plusieurs mois en fonction des contrôles évolutifs.

Complications tardives :

- ◆ Anorexie prolongée : un soutien nutritionnel est nécessaire.
- ◆ Eventration : elle est d'autant plus fréquente que l'intervention s'est déroulée par chirurgie classique incisionnelle et qu'une complication post opératoire est survenue (hématome ou abcès de paroi). Elle est traitée chirurgicalement.
- ◆ Troubles de l'éjaculation : il s'agit d'une éjaculation rétrograde (orgasme persistant mais émission de sperme dans la vessie) consécutive à une lésion des filets nerveux situés au contact des ganglions du rétropéritoine. Il s'agit d'une complication fréquente. Un traitement médical peut éventuellement améliorer les symptômes.

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.

* 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.