

Fiche Info-Patient



Association
Française
d'Urologie
www.urofrance.org

Dernière mise à jour : mai 2012

LYMPHOCELE (CURE DE)

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.

L'intervention, qui vous est proposée a pour objectif de supprimer la lymphocèle et d'éviter les complications qu'elle entraîne.

Pourquoi cette intervention ?

Une lymphocèle est l'accumulation de lymphes (c'est à dire de liquide produit par les ganglions lymphatiques) dans une cavité formée suite à une intervention chirurgicale.

Les interventions fréquemment compliquées de lymphocèles sont les curages ganglionnaires pelviens réalisés lors du traitement des cancers de la prostate ou de la vessie et lors des transplantations rénales.

Votre chirurgien peut être amené à prélever du liquide de la lymphocèle pour confirmer le diagnostic, afin de s'assurer notamment qu'il ne s'agit pas en réalité d'une accumulation d'urine.

Le traitement de la lymphocèle est justifié lorsqu'elle cause des symptômes. La lymphocèle peut, du fait de son volume, comprimer les organes voisins et provoquer des douleurs, des œdèmes des membres inférieurs, et/ou un dysfonctionnement du transplant rénal. Elle peut aussi s'infecter soit spontanément, soit dans les suites d'une ponction.

Principe de l'intervention

La cavité de la lymphocèle doit être vidée et mise en communication avec la cavité abdominale où la lymphe est physiologiquement absorbée par le péritoine (on utilise le terme de « marsupialisation » pour dénommer la création de cette communication).

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.

Y a-t-il d'autres possibilités ?

Lorsque la localisation de la lymphocèle l'autorise, une ponction et la mise en place d'un drain peuvent être réalisées sous contrôle échographique. La vidange de la lymphocèle permet de traiter les symptômes liés à la compression des organes voisins ou à l'infection, mais elle n'évite généralement pas la récurrence de la lymphocèle. L'injection d'un produit sclérosant, censé diminuer le risque de récurrence, peut être pratiquée.

Préparation à l'intervention

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération. En cas de prise d'anti-agrégant plaquettaire ou d'anti-coagulant, l'intervention nécessite l'arrêt du traitement pendant plusieurs jours.

Technique opératoire

L'intervention est menée sous anesthésie générale. Elle peut être réalisée, selon les rapports de la lymphocèle :

- ◆ Soit par voie coelioscopique, c'est-à-dire sous contrôle vidéo par l'intermédiaire d'une caméra fixée à un optique. Les instruments sont alors amenés au site opératoire après ponction de la paroi abdominale au travers de tubes appelés trocars. Le chirurgien peut toutefois interrompre la procédure coelioscopique pour pratiquer une incision classique s'il le juge utile.
- ◆ Soit par voie chirurgicale classique (reprise de l'incision de transplantation ou petite incision médiane). La voie d'abord reprend la même incision que celle de la transplantation. Elle consiste à retirer la paroi de la lymphocèle qui la sépare de la cavité abdominale de façon à ce que ces deux cavités communiquent largement. En fin d'intervention, un ou plusieurs drains peuvent être mis en place afin de surveiller le site opératoire.

Suites habituelles

Une sonde urinaire peut être mise en place pendant l'anesthésie pour surveiller le bon fonctionnement rénal et vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil.

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous sont administrés régulièrement. Le moment de l'ablation du ou des drains est variable et est défini par le chirurgien.

Vous êtes autorisé habituellement à vous lever et à vous réalimenter dès le lendemain de l'opération. Certains traitements peuvent vous être administrés après l'intervention, notamment pour la prévention des phlébites.

L'hospitalisation dure trois à sept jours et une convalescence de quelques semaines est nécessaire. La convalescence et l'arrêt de travail sont adaptés au métier que vous exercez.

Les soins infirmiers postopératoires vous seront expliqués (bains, pansements...).

Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue quelques semaines après l'intervention.

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 et spécifiquement du transplant rénal ou de l'uretère justifiant leur réparation ou leur ablation.
- blessure vasculaire responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang.

Dans les suites post-opératoires immédiates :

- Hémorragie interne pouvant obliger à une nouvelle opération en urgence.
- Risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.
- Risque d'infection abdominale (péritonite) ou de la paroi (c'est-à-dire de la peau et des muscles qui recouvrent la zone opérée).
- Complications digestives : retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion pouvant parfois justifier une ré-intervention.

Risques à distance :

- Déformations de la paroi de l'abdomen (éventration) comme dans toute intervention abdominale.
- Douleurs résiduelles.
- Récidive : le risque est extrêmement faible.

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.