

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*. Elle vous est 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.

Votre urologue vous a expliqué la pathologie 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 exposés ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

NEPHRECTOMIE PARTIELLE POUR TUMEUR

L'intervention qui vous est proposée est destinée à retirer la partie de votre rein qui est le siège d'une tumeur.

LE REIN

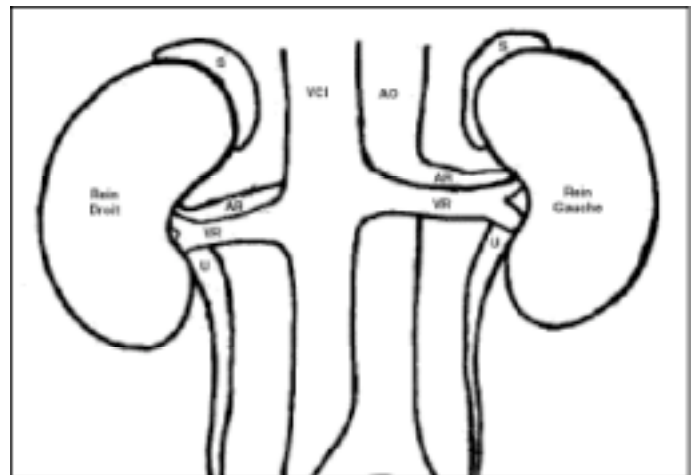
Le rein est un organe qui joue le rôle d'un filtre qui participe à l'épuration du sang et à l'élimination des déchets de l'organisme.

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.

Un seul rein peut suffire à assurer cette fonction d'épuration.

Légende : R : rein ; S : glande surrénale; U : uretère;
AR : artère rénale ; VR : veine rénale ;
AO : aorte ; VCI : veine cave inférieure ;



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les examens que vous a fait pratiquer votre médecin ont mis en évidence une tumeur au niveau du rein.

La taille de la tumeur et sa localisation permettent d'envisager de conserver une partie du rein ; ainsi, le traitement chirurgical qui vous est proposé consiste à enlever la partie du rein qui est le siège de la tumeur. Néanmoins, la décision définitive ne pourra être prise qu'au moment de l'intervention, en fonction des constatations anatomiques per-opératoires. La nature bénigne ou maligne de cette tumeur ne sera connue définitivement qu'après analyse des tissus au microscope.

Cette opération est nécessaire car, en l'absence de traitement, cette tumeur vous expose au risque de troubles cliniques (douleurs, saignements, fièvre...). Si cette tumeur est cancéreuse, seul un traitement chirurgical permet d'éviter l'évolution de la maladie.

EXISTE T'IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

L'ablation complète de votre rein porteur d'une tumeur permettrait aussi d'obtenir à la fois un diagnostic définitif de cette lésion et de vous traiter.

Votre urologue vous a expliqué pourquoi il vous propose une chirurgie partielle du rein.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Plusieurs voies d'abord permettent d'accéder au rein. Le choix sera fait en fonction de la localisation de la tumeur, de votre morphologie et des habitudes de votre chirurgien. En fonction de la taille et de la localisation de la tumeur, il est possible qu'une sonde soit mise en place dans l'uretère en début d'intervention. En cas d'ouverture des cavités urinaires du rein, cette sonde facilitera la suture.

Le geste chirurgical consiste à enlever la tumeur avec une marge de sécurité avec le rein normal.

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

SUITES HABITUELLES

L'estomac est habituellement mis au repos par une petite sonde sortant par une narine, dans le but d'éviter les vomissements, source de douleurs au niveau de la cicatrice.

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

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous seront administrés régulièrement.

Vous êtes autorisé habituellement à vous lever dès le lendemain de l'opération et à vous réalimenter dès la reprise du transit intestinal.

Le moment de l'ablation du ou des drains et de la sonde urinaire est variable et sera défini par le chirurgien.

Vous êtes autorisé habituellement à vous lever dès le lendemain de l'opération et à vous réalimenter dès la reprise du transit intestinal.

L'hospitalisation dure environ une semaine et 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.

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

- vérifier l'absence de récurrence en cas de tumeur cancéreuse
- surveiller le fonctionnement des reins

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont vous êtes affecté mais également à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois n'être pas 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 prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu.

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 et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications directement en relation avec la néphrectomie partielle sont possibles :

- Pendant le geste opératoire :

- blessure des organes de voisinage justifiant leur réparation ou leur ablation.
- blessure vasculaire responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang.
- conservation du rein impossible ou dangereuse (saignement, impossibilité technique ou découverte per-opératoire d'autres nodules tumoraux non visualisés par les examens radiologiques pré-opératoires) ; dans ce cas votre chirurgien prendra la décision de pratiquer une néphrectomie élargie c'est-à-dire l'ablation du rein dans sa totalité.

- Dans les suites post-opératoires immédiates :

- saignement pouvant nécessiter une nouvelle opération.
- risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.
- risque d'infection, en particulier de la paroi (c'est-à-dire de la peau et des muscles qui recouvrent la zone opérée) et du poumon adjacent.

- complications digestives : retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion pouvant parfois justifier une ré-intervention ; ulcère de l'estomac.
 - rarement oblitération de l'artère rénale responsable de la perte définitive du rein.
 - fistule urinaire due à une mauvaise cicatrisation de la voie excrétrice, à l'origine d'un écoulement d'urines par le drainage de paroi ou par la cicatrice. Le plus souvent, votre chirurgien vous proposera de drainer la voie excrétrice par une sonde extériorisée ou par une sonde interne afin d'assécher de la fistule. Néanmoins, en cas d'échec, une nouvelle intervention pourra être indiquée pour refermer la voie excrétrice, voire pour enlever le rein.
 - chez un patient qui n'a qu'un seul rein : possibilité de recours au rein artificiel en principe transitoirement mais exceptionnellement définitivement.
- Risques à distance :
- comme dans toute intervention abdominale, des déformations de la paroi de l'abdomen, plus ou moins importantes, et des brides intra-abdominales peuvent survenir.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*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.