



NEPHRECTOMIE 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.

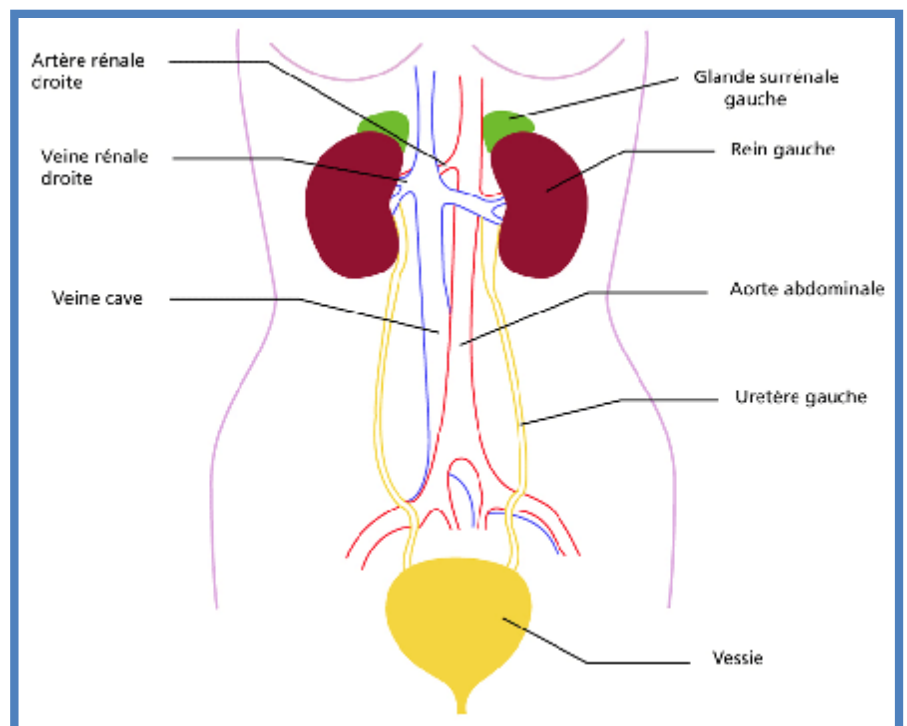
Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

Cette intervention est destinée à enlever un rein.

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 du rein ou une maladie responsable de symptômes cliniques.

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.

Le traitement chirurgical qui vous est proposé consiste en l'ablation du rein dans sa totalité. Votre chirurgien vous a expliqué pourquoi la conservation d'une partie du rein n'est pas possible.

Cette opération est nécessaire lorsque le rein vous expose à un risque de troubles cliniques (douleurs, saignements, fièvre...). En cas de cancer du rein, le traitement chirurgical a pour but d'éviter l'évolution de la maladie.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Lorsqu'une néphrectomie totale est indiquée, il n'existe pas d'autre possibilité que l'exérèse chirurgicale.

En cas de cancer du rein, le geste qui vous est proposé permet à la fois d'obtenir un diagnostic définitif de cette lésion, de vous traiter et de déterminer le suivi ultérieur.

Dans les autres cas (rein détruit responsable de symptômes cliniques, infections à répétitions, etc.), l'indication de néphrectomie vous a été expliquée en fonction du bénéfice attendu 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.

Technique opératoire

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Plusieurs voies d'abord permettent d'accéder au rein: chirurgie classique avec une incision antérieure ou sur le côté, ou chirurgie coelioscopique (vidéochirurgie). 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. Le rein et les structures retirées 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

Dans certains cas, l'estomac est mis en aspiration par une petite 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. Une sonde urinaire est mise en place pendant l'anesthésie pour surveiller le bon fonctionnement du rein restant et vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil. 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 est variable et est 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 quatre 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 des soins 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, principalement en cas de cancer du rein, **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.

Risque de pneumothorax (diffusion d'air autour du poumon) pouvant justifier la mise en place d'un drain thoracique.

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 pouvant justifier un geste complémentaire radiologique ou chirurgical.

Complications digestives :

- Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
- Eventration ou éviscération nécessitant habituellement une ré-intervention.
- Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

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.

- **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.

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.

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 récidive 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 associé 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.