
CONSENTEMENT ECLAIRE

néphrectomie

Cher patient,

Cette fiche d'information est rédigée par la Belgian Association of Urology (BAU) sous le contrôle du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS-VBS).

Destinée aux patients et aux professionnels de la santé, elle vise à vous informer des modalités de votre traitement, des effets secondaires fréquents et des complications les plus fréquentes ou les plus graves susceptibles de survenir.

Cette brochure n'est pas exhaustive et est basée sur l'état actuel de la science médicale et des guidelines médicales applicables à la néphrectomie. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes vous seront communiquées pendant la consultation avec le médecin traitant.

Une première partie de cette brochure contient des informations générales sur la néphrectomie.

La deuxième partie contient le formulaire d'information et de consentement proprement dit, que vous devrez signer avant que le traitement ne puisse avoir lieu.

Informations générales sur la néphrectomie

1. Bases anatomiques et principe général de l'intervention

L'être humain dispose normalement de deux reins. Les reins sont situés dans un compartiment derrière la cavité abdominale et devant les muscles dorsaux. Les reins sont des organes vitaux: ils régulent le métabolisme des sels et l'équilibre acido-basique, ils régulent l'équilibre des liquides de l'organisme, ils assurent l'excrétion des déchets et ils produisent certaines hormones.

Une néphrectomie (= enlèvement d'un rein) est généralement pratiquée comme traitement du cancer du rein, une tumeur maligne dans le rein. Dans ce cas, on réalisera une « néphrectomie radicale ». Une « néphrectomie simple » est parfois aussi réalisée pour des affections bénignes comme des infections chroniques du rein, des cirroses rénales (par obstruction rénale ou calculs rénaux), une dysplasie congénitale, une polykystose héréditaire ou après un traumatisme sévère du rein.

2. Alternatives thérapeutiques

Néphrectomie partielle

Il est parfois possible de n'enlever que la tumeur. Selon la taille et la localisation de la tumeur, les résultats en termes de guérison du cancer peuvent être tout aussi bons, mais cette intervention est généralement plus complexe. L'avantage d'une néphrectomie partielle est qu'elle a une moindre incidence sur la fonction rénale globale, dans la mesure où un maximum de tissu rénal sain est conservé. Votre chirurgien décidera avec vous de la meilleure option pour le traitement du cancer rénal.

Ablation par radiofréquence ou cryoablation

Ce sont des alternatives pour des patients sélectionnés présentant un petit cancer rénal. Le cancer rénal est piqué sous contrôle radiographique, échographique ou laparoscopique et les aiguilles libèrent des ondes radio à haute énergie (ARF ou ablation par radiofréquence) ou congèlent le cancer rénal (cryoablation). Le but est de tuer localement le cancer rénal en épargnant les tissus rénaux sains avoisinants. Les résultats sont encourageants mais ces procédures ne sont pas encore

approuvées et validées comme des procédures standard. Votre chirurgien décidera avec vous si vous entrez en ligne de compte.

Suivi actif

Dans ce cas, il n'y a pas d'intervention médicale et la tumeur est suivie périodiquement par imagerie. Si la lésion grandit ou si des signes manifestes d'agressivité apparaissent, il est toujours possible de décider de procéder à une intervention. Cette option ne permet pas de guérir la tumeur, mais elle peut être indiquée chez des personnes âgées présentant un risque élevé en cas d'anesthésie générale ou dans le cas d'une petite tumeur dans le rein lorsque la nature maligne de la tumeur n'apparaît pas clairement (30 % des tumeurs d'une taille inférieure à 4 cm sont des tumeurs bénignes, qui ne nécessitent pas de traitement).

3. Préparation à l'opération

Un certain nombre d'exams sont réalisés avant l'opération: examens sanguins et d'urine, radiographie du thorax et électrocardiogramme. Ces examens sont évalués par l'anesthésiste. Les risques spécifiques de l'anesthésie seront discutés avec l'anesthésiste. L'anesthésiste examinera avec vous la possibilité d'une pompe analgésique postopératoire temporaire. L'arrêt complet du tabagisme avant l'opération diminue très fortement les risques de complications.

4. Techniques chirurgicales

La néphrectomie s'effectue sous anesthésie générale et consiste en l'ablation de la totalité du rein, après ligature de l'artère rénale, de la veine rénale et de l'uretère. En cas de cancer du rein, le tissu adipeux entourant le rein est également retiré (néphrectomie radicale). Il arrive parfois que les ganglions lymphatiques qui entourent les gros vaisseaux sanguins (aorte ou veine cave) à proximité du rein soient aussi enlevés. Cela dépend de l'étendue de la tumeur et de si des ganglions lymphatiques suspects sont trouvés pendant l'intervention ou lors de l'imagerie préalable à l'intervention. La glande surrénale est parfois également retirée : il s'agit d'une petite glande produisant des hormones, située juste au-dessus du rein.

Etant donné que l'homme dispose de deux glandes surrénales, l'ablation d'une glande surrénale n'entraîne pas de problèmes de santé ou de plaintes. Selon la position et l'étendue du cancer du rein, les interventions préalables dans la cavité abdominale et les habitudes du chirurgien, le chirurgien décidera de réaliser l'intervention par chirurgie à ciel ouvert ou laparoscopie. La chirurgie à ciel ouvert peut être effectuée par laparotomie (incision abdominale), par lombotomie (incision dans le flanc entre les 11^e et 12^e côtes ou sous la 12^e côte) ou, dans de rares cas, par thoracolaparotomie (incision à partir du thorax au-dessus de la 10^e côte jusqu'à la cavité abdominale). La laparoscopie est une intervention qui consiste à insuffler du gaz carbonique dans la cavité abdominale. Via de petites portes d'entrée placées dans la paroi abdominale, l'intervention s'effectue ensuite selon les mêmes principes que pour une opération à ciel ouvert. Selon la préférence du chirurgien, elle peut éventuellement être pratiquée avec l'assistance du robot da Vinci®. En cas de problèmes (ex. adhérences du fait d'interventions antérieures, importante perte de sang), la laparoscopie et la chirurgie robotisée peuvent être transformées en chirurgie classique à ciel ouvert. Après l'opération, une sonde vésicale reste en place durant une période à déterminer par le chirurgien. Un drain est également généralement placé temporairement dans la zone opératoire pour drainer le sang et/ou la sérosité subsistant au niveau de la plaie.

5. Après l'opération

Pendant l'hospitalisation

En cas de douleurs, des antalgiques seront administrés à intervalles réguliers.

Après une laparoscopie et une chirurgie robotisée, vous pouvez ressentir une gêne dans l'épigastre et dans les épaules suite à l'irritation du diaphragme. Un prélèvement sanguin sera réalisé pour détecter une éventuelle anémie et, si nécessaire, il sera procédé à une transfusion sanguine pour compenser les pertes de sang intervenues pendant et après l'intervention. Des injections sous-cutanées quotidiennes d'anticoagulants diminuent le risque de thrombose veineuse profonde (formation de caillot dans les vaisseaux sanguins) et d'embolie pulmonaire. Le drain est enlevé à un moment déterminé par le chirurgien.

La sonde vésicale est généralement bien tolérée. Toutefois, dans certains cas, elle peut entraîner des crampes vésicales. Un traitement médicamenteux est possible. Normalement, la sonde vésicale reste 1 à 2 jours en place, selon le déroulement postopératoire, la présence d'une pompe analgésique et la décision du chirurgien. La durée de l'hospitalisation dépend surtout de la voie d'accès de la néphrectomie et est donc généralement plus courte après la laparoscopie ou la chirurgie robotisée.

Retour au domicile

Si nécessaire, les soins de plaies peuvent être assurés par une infirmière à domicile. Il est important de garder la(les) plaie(s) au sec pendant 2 semaines ; par conséquent, les bains sont fortement déconseillés. Pour les douleurs au niveau de la plaie opératoire, vous pouvez prendre des antalgiques (ex. paracétamol 1g). Ils seront prescrits par votre médecin au moment de votre sortie. Si les sutures utilisées ne sont pas résorbables spontanément, elles doivent être enlevées environ 2 semaines après l'intervention. Ce geste peut être pratiqué par votre médecin généraliste ou par l'infirmière à domicile. La durée du rétablissement et la date de la reprise du travail dépendent de l'âge du patient et de l'approche chirurgicale utilisée. Il faut parfois attendre un à trois mois pour obtenir un rétablissement complet.

6. Surveillance du cancer

Le cancer rénal enlevé est examiné par l'anatomopathologiste. Cet examen livrera un certain nombre de caractéristiques pronostiques mais ne permettra pas encore de juger de manière définitive si vous êtes guéri(e).

Ce n'est que 5 ans après l'intervention qu'il est possible de se prononcer en la matière. Le suivi du cancer rénal dépend des caractéristiques pronostiques et est généralement réalisé en effectuant à intervalles réguliers un examen sanguin et un CT-scan de la cavité abdominale et du thorax. Si, à cette occasion, des résultats anormaux permettent de suspecter une rechute, il peut être conseillé d'instaurer un traitement complémentaire (chirurgie, radiothérapie, médication).

Complications

1. Pendant l'opération

Toute opération présente des risques de complications qui sont parfois irréversibles et, dans le pire des cas, peuvent entraîner la mort. Même si le risque de complications sévères est très faible, il n'est malheureusement pas nul et est généralement imprévisible. Pendant l'opération, le chirurgien doit parfois adapter la technique et le traitement en fonction des observations ou des événements survenant au cours de l'opération. Ainsi, il est toujours possible qu'une laparoscopie ou une intervention robot-assistée soit arrêtée pour être poursuivie par une opération à ciel ouvert. Autour du rein, il y a des structures importantes comme des muscles, les intestins, la glande surrénale, le

foie, la rate, le pancréas, l'aorte et la veine cave. Il arrive parfois que ces structures soient affectées par la tumeur cancéreuse. Dans de rares cas, ces structures peuvent également présenter des lésions. En cas de lésions, elles sont évidemment traitées immédiatement si elles sont constatées pendant l'opération.

Toute complication pendant l'opération peut entraîner un retard de la reprise de l'activité de la digestion. En cas de lésion au niveau du côlon, il est nécessaire dans de très rares cas de poser une colostomie pendant quelques mois pour permettre une guérison complète. Au cours de l'opération, il arrive peu fréquemment que la plèvre soit ouverte. Dans ce cas, la refermeture est assurée par une procédure chirurgicale et/ou le chirurgien décidera de placer un drain dans la cavité thoracique pendant quelques jours.

Des lésions des vaisseaux sanguins peuvent apparaître et entraîner d'importantes pertes de sang nécessitant occasionnellement des transfusions sanguines. Même si tout le sang transfusé fait actuellement l'objet de contrôles, la transmission de plusieurs maladies transmissibles (VIH, hépatite, ...) ne peut pas être exclue à 100 %. Ce risque de contamination par le sang peut être éliminé par un prélèvement de votre sang avant l'opération de manière à ce que ce sang prélevé puisse être transfusé en cas de besoin au cours de l'opération (autotransfusion).

Les hémorragies importantes nécessitant une réintervention sont rares.

Si la rate est touchée pendant l'intervention et que l'hémorragie provenant de la rate ne peut pas être arrêtée, on procèdera à l'ablation de la rate (très rare). Après cette intervention, un vaccin spécifique vous sera administré.

2. Après l'opération

Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire

La formation d'un caillot dans les veines de la jambe ou du bassin (thrombose veineuse profonde) peut entraîner une embolie pulmonaire par migration de ce caillot vers les poumons. Cette complication peut être fatale. Elle est évitée par l'injection sous-cutanée d'anticoagulants et le port de bas à varices pendant le mois suivant l'opération. Grâce à ces mesures, le risque de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire est rare à très rare. Les anticoagulants augmentent toutefois le risque d'hémorragie secondaire.

Hémorragie postopératoire (rare)

En cas d'hémorragie secondaire importante, une réintervention peut être nécessaire (rare).

Iléus paralytique

Dans ce cas, les intestins ne recommencent pas à fonctionner ou ne recommencent à fonctionner que très lentement après l'opération (paralysie intestinale).

En l'absence de traitement, cela peut entraîner des ballonnements et des vomissements. En cas de reprise au ralenti ou de non-reprise de l'activité intestinale, la sonde gastrique sera maintenue (ou remplacée) pour quelques jours. C'est rare en cas de laparoscopie et occasionnel (lombotomie) à fréquent (laparotomie) en cas d'opération à ciel ouvert.

Iléus obstructif

Après chaque opération, on observe la formation de cicatrices et l'accolement des tissus. Si l'opération a été effectuée par la cavité abdominale (laparotomie, laparoscopie ou chirurgie robotisée), il existe également un risque d'adhérences des intestins. Ces adhérences peuvent occasionner des douleurs chroniques dans de rares cas. Elles peuvent parfois être d'une telle importance que le passage intestinal est perturbé (iléus obstructif). Dans ce cas, une intervention est nécessaire (très rare). Les adhérences intestinales normales et la cicatrisation des tissus peuvent compliquer une chirurgie ultérieure dans la même région.

La fatigue

La fatigue postopératoire peut être un signe d'anémie. Si vous présentez des signes manifestes de fatigue après l'opération, il est préférable de faire réaliser une analyse du sang chez votre médecin généraliste ou chez votre chirurgien. En fonction des résultats, un traitement vous sera prescrit (par exemple des suppléments de fer).

Fonction rénale diminuée

Un rein sain, fonctionnant correctement de l'autre côté, reprendra en grande partie la fonction du rein retiré. La néphrectomie ne pose donc généralement pas de problèmes, mais la fonction rénale doit faire l'objet d'un suivi par prélèvements sanguins réguliers. En fonction de votre état, vous recevrez éventuellement des recommandations en matière d'alimentation, de poids et d'exercice physique en vue de moins surcharger votre rein restant. L'hypertension artérielle, le diabète et le tabagisme augmentent le risque de diminution de la fonction rénale. Si vous aviez déjà une fonction rénale diminuée avant l'opération et/ou si une fonction rénale nettement diminuée est constatée après la néphrectomie, vous serez dirigé(e) vers un néphrologue (spécialiste du rein).

Celui-ci instaurera au besoin des mesures diététiques et une médication. Si la fonction rénale est considérablement diminuée, une dialyse rénale sera nécessaire.

Lésions des branches nerveuses

Des lésions des branches nerveuses dans la paroi abdominale ou dans le flanc peuvent être observées dans les zones situées autour des incisions dans la paroi abdominale ou dans le flanc; elles sont causées par une pression locale ou par une électrocautérisation. Ces lésions se résorberont très probablement. En cas de lombotomie (incision dans le flanc), des branches nerveuses plus importantes sont parfois atteintes ou un morceau de la 12^e côte peut même être enlevé. Cela peut entraîner des douleurs chroniques au niveau du flanc.

Infection des plaies

Peu fréquemment, une infection des incisions cutanées peut survenir, nécessitant la prise d'antibiotiques et/ou un drainage via une légère réouverture de l'incision.

Infection des voies urinaires

Une infection des voies urinaires est fréquente et sera traitée par antibiotiques. Le risque d'infection des voies urinaires augmente avec la durée du maintien de la sonde vésicale.

Éventration

Une hernie au niveau de la cicatrice dans la paroi abdominale est rare, mais peut donner lieu à une éventration (passage du contenu abdominal à travers la paroi abdominale) et nécessite parfois une correction chirurgicale. Ce risque est plus élevé après une opération à ciel ouvert.

Fuite de chyle (fuite de liquide lymphatique)

Dans des cas très rares, après une lésion d'un grand vaisseau lymphatique, il peut y avoir temporairement une fuite de liquide lymphatique vers la cavité abdominale, qui nécessitera un régime spécial temporaire.

Hydrocèle

Dans de rares cas, une hydrocèle (accumulation de liquide autour du testicule) peut survenir après l'ablation des ganglions lymphatiques à proximité du rein. Il est possible d'y remédier par une petite intervention au niveau de la bourse.

Autres

Des problèmes de santé individuels peuvent augmenter le risque de complications (susceptibles d'être fatales), comme l'infarctus du myocarde, la défaillance cardiaque, l'AVC, l'embolie pulmonaire, ...

3. généralités

En tant que patient, vous avez droit à une information complète sur votre maladie, sur les traitements médicaux et chirurgicaux qui s'y réfèrent.

Ce formulaire vous est fourni lors de votre consultation chez le chirurgien durant laquelle des informations complémentaires vous seront fournies si nécessaire. Ces informations ne vous sont pas fournies dans le but de vous angoisser, mais afin que vous puissiez décider en toute connaissance de cause si vous souhaitez ou non subir cette intervention.

N'hésitez pas à contacter votre urologue pour toute information complémentaire.