



Clinique S' Pierre
OTTIGNIES

RÉIMPLANTATION URÉTÉRALE SUR VESSIE PSOÏQUE

Tél.: 010 437 235

secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be

Cette fiche d'information est 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. Certaines situations médicales ne sont pas entièrement prévisibles et nécessitent une adaptation de la prise en charge. Ces éventuelles adaptations ne peuvent donc pas être reprises ci-dessous. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes peuvent vous être communiquées pendant une consultation avec votre médecin.

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. L'urine fabriquée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie où elle est stockée entre deux mictions. La vessie est l'organe qui stocke les urines entre chaque miction (action d'uriner).

LA MALADIE

Le canal de l'uretère peut être altéré ou comprimé pour plusieurs raisons (compression extérieure, calcul, rétrécissement après un traumatisme, fistule...). Il en résulte une difficulté d'écoulement des urines du rein vers la vessie. Ceci peut entraîner des douleurs, des infections ou à terme un mauvais fonctionnement du rein.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Elle consiste à enlever la portion d'uretère non fonctionnel et recoudre l'uretère sain sur la vessie.

EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

Le traitement du rétrécissement de l'uretère peut dans certains cas se faire par voie endoscopique. Il est parfois possible de supprimer la zone rétrécie et de suturer l'uretère sur lui-même si le rétrécissement est plus court que prévu. Une sonde double J, changée régulièrement, peut rester en place à demeure lorsqu'une réparation n'est pas envisagée. Dans les situations complexes, on peut envisager l'auto-transplantation rénale ou l'abandon de l'uretère au profit d'une prothèse ou de l'utilisation d'intestin grêle pour reconstituer un nouveau conduit. Lorsque le rein est déjà détruit, une néphrectomie (ablation du rein) peut-être proposée. La stratégie thérapeutique pour la prise en charge de ce type de situation rare est difficile à définir et il est parfois nécessaire pour le chirurgien de s'adapter pendant l'opération.

PRÉPARATION SPÉCIFIQUE À L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation de pré-anesthésie est obligatoire 15 jours avant l'opération.

Une analyse d'urines est prescrite avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection. Une infection urinaire non traitée conduit à différer la date de votre opération.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La voie d'abord est se fait par une incision de l'abdomen ou une cœlioscopie.

L'intervention consiste à :

- Libérer le canal de l'uretère rétréci et le sectionner au-dessus du rétrécissement.
- Libérer la vessie et la faire monter du côté où l'uretère a été libéré.
- Fixer la vessie à la paroi de façon à ce qu'elle reste en place définitivement.
- Implanter l'uretère à l'intérieur de la vessie en créant un mécanisme permettant d'éviter le reflux d'urine vers le rein concerné.

Une sonde urétérale est habituellement mise en place extériorisée ou non (sonde JJ). La vessie est refermée et une sonde vésicale est posée. Le site de l'opération est parfois drainé par un ou plusieurs drains sortant de l'abdomen.

SUITES HABITUELLES ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Au réveil, vous serez porteur d'un ou plusieurs drains, d'une sonde urinaire et d'une sonde urétérale interne (double J). La douleur liée à l'intervention sera combattue par des médicaments. L'équipe médicale vous donnera les consignes de reprise de l'alimentation et de lever. Le moment de l'ablation du ou des drains/sondes est variable et définie par le chirurgien. La durée d'hospitalisation est habituellement de quelques jours. Une convalescence de quelques semaines est nécessaire. Un courrier récapitulatif sera adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé. L'incision est une porte d'entrée pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. La cicatrisation s'effectue en plusieurs jours. Des soins locaux à domicile seront prescrits. Les bains sont déconseillés jusqu'à ce que la cicatrisation complète soit obtenue. Les douches sont en revanche possibles en protégeant la zone opératoire et la séchant attentivement par tamponnement. Les fils sont souvent résorbables et disparaîtront spontanément en 2 ou 3 semaines sans ablation. Si besoin, l'ablation des fils ou des agrafes sera réalisée par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale. Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si l'ouverture est superficielle (sans écoulement important), il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous traitement par corticoïdes). En cas d'ouverture large de la cicatrice ou de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement votre urologue. Il vous sera demandé de porter des bas de contention et recevoir une injection d'anticoagulant quotidienne pour une durée minimale de 10 jours afin de prévenir tout risque de phlébite ou d'embolie pulmonaire. Une ceinture de contention abdominale peut vous être prescrite.

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 :

LES COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE

- Infection locale : possible
- Le saignement avec hématome : possible

- Transfusion Phlébite et embolie pulmonaire : parfois

LES COMPLICATIONS DIRECTEMENT EN RELATION AVEC L'INTERVENTION

Pendant l'opération

- La réparation de l'uretère peut ne pas être possible et le chirurgien peut être amené à changer de stratégie thérapeutique et à utiliser une des options décrites plus haut.
- Risque de blessure des organes adjacents (tube digestif, vaisseaux...) nécessitant une réparation chirurgicale immédiatement, avec si nécessaire l'aide d'une autre équipe chirurgicale. Les risques de décès sont exceptionnels.

Après l'intervention

- Trouble du transit : comme pour toute chirurgie abdominale, un retard à la reprise du transit, voire une occlusion nécessitant une ré intervention, peuvent survenir dans les jours voire années qui suivent la chirurgie.
- Infections : une infection urinaire ou du site opératoire. En cas de brûlures urinaires persistantes, d'urines troubles, de fièvre, de difficultés importantes pour uriner, de douleurs importantes ou d'écoulement au niveau du site opératoire, vous devez consulter votre médecin traitant ou votre urologue. Ces infections peuvent être très grave et potentiellement mortelles.
- Hématome pelvien ou de la paroi abdominale.
- Hématurie : la présence de sang dans les urines en quantité importante ou avec caillots peut nécessiter la pose d'une sonde urinaire avec décaillotage et une nouvelle hospitalisation
- Défaut de cicatrisation de la vessie : la suture peut ne pas être étanche ou mal cicatriser à l'origine d'une fuite d'urine. Dans certains cas, elle peut se chroniciser devenant alors une fistule. Ces situations nécessitent le maintien prolongé d'une sonde urinaire et dans certains cas une ré-intervention.
- Sténose urétérale : dans certains cas, elle peut récidiver et motiver une nouvelle intervention
- Reflux vésico-urétéral : peut être source de douleurs ou d'infections et peut motiver une nouvelle intervention

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

Vous serez revu en consultation post-opératoire afin de surveiller l'absence de complication et de programmer la suite de la prise en charge.

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.

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

Tél.: 010 437 235
secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be