
CONSENTEMENT ECLAIRE

néphrectomie partielle

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 partielle. 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 partielle. 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 partielle

1. Bases anatomiques et principe général de l'intervention

L'être humain dispose normalement de 2 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. La néphrectomie partielle est un traitement du cancer du rein, une tumeur maligne dans le rein. Afin de préserver au maximum la fonction rénale, seule la tumeur du rein est retirée et le reste du rein reste en place. La néphrectomie partielle est un traitement standard pour les petits cancers rénaux localisés (tumeur du rein limitée au rein proprement dit). Cette intervention est également possible et indiquée en présence d'un cancer rénal dans chacun des reins ou en présence d'un cancer rénal chez des personnes ne possédant qu'un seul rein.

2. Alternatives thérapeutiques

Néphrectomie radicale

Le rein peut également être enlevé en totalité. Les résultats en termes de guérison du cancer sont aussi bons, mais cette intervention conduit également à la perte des tissus rénaux sains, ce qui peut influencer sur la fonction rénale globale. Votre chirurgien décidera avec vous de la meilleure option pour le traitement de votre cancer rénal.

Ablation par radiofréquence ou cryoablation

Il s'agit d'alternatives pour des patients sélectionnés présentant un petit cancer rénal. Le cancer rénal est piqué sous contrôle radiographique, échographique ou laparoscopique (= insertion d'une caméra par un orifice corporel afin d'examiner les organes de la cavité abdominale (= coelioscopie) et les aiguilles libèrent des ondes radio à haute énergie (ablation par radiofréquence) ou congèlent le cancer rénal (cryoablation). Le but est de tuer localement le cancer rénal en préservant les tissus

rénaux sains avoisinants. Bien que les résultats soient encourageants, ces procédures ne sont pas encore approuvées et validées comme des procédures standard. Votre chirurgien décidera avec vous si vous pouvez bénéficier de ces traitements.

Suivi actif

Dans ce cas, il n'y a pas d'intervention médicale, mais 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 guérit pas la tumeur mais peut être indiquée chez des personnes âgées présentant un risque élevé en cas de narcose, ainsi que pour les petites tumeurs rénales lorsque la nature maligne de la tumeur n'est pas évidente (30 % des tumeurs d'une taille inférieure à 4 cm sont bénignes et ne nécessitent pas de thérapie).

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. Ceux-ci sont évalués par l'anesthésiste. Les risques spécifiques de l'anesthésie seront discutés avec l'anesthésiste. En cas d'opération à ciel ouvert, l'anesthésiste examinera avec vous la possibilité d'une pompe à analgésie. Ceci n'est généralement pas nécessaire en cas d'intervention laparoscopique ou robot-assistée.

4. Techniques chirurgicales

L'intervention s'effectue sous anesthésie générale et consiste en l'ablation de la tumeur ainsi que d'un petit bord de tissu rénal sain. L'ablation de ce bord de tissu rénal sain autour de la tumeur est nécessaire pour réduire au minimum le risque de laisser un fragment du cancer du rein. Pendant l'intervention, le chirurgien libérera les vaisseaux sanguins vers le rein (artères et veines rénales). Afin de limiter les pertes de sang lors de la résection du cancer rénal, le chirurgien peut décider de clamper ces vaisseaux sanguins. Le rein sera alors privé de sang oxygéné pendant un certain temps. Si le chirurgien prévoit que l'approvisionnement du rein en sang doit être clampé pendant une plus longue période, le rein peut être refroidi en plaçant de la glace autour.

En fonction de la localisation du cancer rénal, des interventions préalables dans la cavité abdominale et les habitudes du chirurgien, le chirurgien décidera de réaliser l'intervention par laparotomie (incision à l'avant à hauteur de l'abdomen) ou par lombotomie (incision dans le flanc entre les 11 et 12es côtes ou sous la 12e côte). L'intervention peut également s'effectuer par laparoscopie ou être robot-assistée. C'est une coelioscopie au cours de laquelle de l'air est insufflé 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. 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 conventionnelle à ciel ouvert.

Après l'opération, une sonde vésicale reste en place pour une période à définir par le chirurgien. Un drain est également généralement laissé en place dans la zone opératoire pour drainer le sang et/ou la sérosité subsistant au niveau de la plaie.

5. Déroulement postopératoire?

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 la partie

supérieure de l'abdomen et présenter un torticolis réflexe dû 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 phlébite et d'embolie pulmonaire.

Le drain est enlevé à un moment défini par le chirurgien.

La sonde vésicale est généralement bien tolérée. Toutefois, dans certains cas, elle peut entraîner une hyperactivité vésicale et des spasmes vésicaux. Un traitement médicamenteux est possible. Normalement, la sonde vésicale reste 1 à 2 jours en place, selon l'évolution postopératoire et la décision du chirurgien.

La durée totale de l'hospitalisation est déterminée par votre chirurgien.

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 (surtout en cas d'incision dans le flanc), vous pouvez prendre des antalgiques (par ex. paracétamol 1g). Ce médicament vous sera prescrit par votre médecin au moment de votre sortie. Si les sutures utilisées ne sont pas résorbables, les sutures doivent être enlevées environ 2 semaines après l'intervention. Cela peut être réalisé par l'infirmière à domicile ou par votre médecin généraliste. La durée du rétablissement et la date de reprise du travail dépendent de l'âge du patient et de la technique 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 le pathologiste. Cet examen livrera un certain nombre de caractéristiques pronostiques, mais ne permettra pas encore d'établir de manière définitive s'il y a guérison. Ce n'est que 5 ans après l'intervention qu'il sera possible de se prononcer à ce sujet. Le suivi du cancer rénal est réalisé en effectuant à intervalles réguliers un CT-scan de la cavité abdominale, une radiographie du thorax et un examen sanguin. Si, des résultats anormaux ultérieurs font suspecter une rechute, il sera décidé de lancer un traitement complémentaire (chirurgie, radiothérapie, thérapie systémique).

Complications

1. Pendant la procédure

Toute opération présente des risques de complications, qui sont parfois irréversibles et qui, 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, une intervention laparoscopique ou robot-assistée est toujours susceptible d'être arrêtée pour être poursuivie par une opération à ciel ouvert. Le chirurgien peut également décider, en cours d'opération, de réaliser une

néphrectomie radicale (ablation totale du rein) s'il est constaté que le cancer rénal est plus étendu que ce qui avait été mis en évidence par l'imagerie préopératoire, ou si le chirurgien a des doutes quant au caractère complet de la résection du cancer rénal.

Les organes entourant le rein peuvent être affectés durant l'opération. Les intestins, l'uretère, la glande surrénale, le foie, la rate, le pancréas, l'aorte et la veine cave inférieure sont impliqués dans le champ opératoire. Ce type de complication est très rare. Le cas échéant, les lésions sont traitées immédiatement si elles sont constatées pendant l'opération. Toute complication peropératoire peut conduire à un retard de la reprise de l'activité de la digestion. En cas de lésion au niveau du côlon, il est parfois nécessaire de poser une colostomie pendant quelques mois pour permettre une guérison complète. C'est aussi extrêmement rare. Au cours de l'opération, une ouverture de la plèvre peut intervenir occasionnellement. Dans ce cas, la refermeture est assurée par une procédure chirurgicale ou le chirurgien décidera de laisser un drain dans la cavité thoracique.

Des lésions vasculaires peuvent intervenir et entraîner d'importantes pertes de sang, pouvant nécessiter occasionnellement des transfusions sanguines. Même si, à l'heure actuelle, la totalité du sang transfusé est soumis à des tests, la transmission d'une série de maladies transmissibles (VIH, hépatite, ...) ne peut pas être exclue à 100 %. Ce risque de contamination par le sang peut être éliminé par un prélèvement sanguin avant l'opération, afin qu'en cas de besoin durant l'opération, ce sang prélevé puisse être transfusé au patient (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 enrayée, il sera procédé à l'ablation de la rate (très rare). Après l'intervention, un vaccin vous sera alors administré.

En outre, la résection du cancer rénal à partir de tissus rénaux sains est une étape de l'intervention susceptible de s'accompagner d'importantes pertes de sang au niveau de la surface de résection du cancer rénal. Si ces pertes de sang ne peuvent pas être contrôlées, le chirurgien décidera de procéder à l'ablation totale du rein. Cette complication est également rare.

2. Pendant l'intervention

Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire

La formation d'un caillot dans les veines de la jambe (thrombose veineuse profonde ou phlébite) peut entraîner une embolie pulmonaire par migration de ce caillot vers les poumons. Cette complication peut être fatale. Elle est évitée par l'injection d'anticoagulants sous-cutanés 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 injectés augmentent toutefois le risque d'hémorragie secondaire.

Hémorragie postopératoire (rare)

Une hémorragie postopératoire est généralement le résultat d'une reprise de l'hémorragie à la surface de résection du cancer rénal. En cas d'hémorragie importante, une réintervention sera nécessaire. Dans ce cas, le chirurgien devra s'efforcer de stopper l'hémorragie mais, si ce n'est pas possible, il faudra procéder à l'ablation totale du rein (néphrectomie). Une hémorragie peut également être stoppée en recourant à la radiologie interventionnelle. Via un vaisseau sanguin de l'aîne, un radiologue spécialisé identifiera le vaisseau sanguin qui est la source de l'hémorragie et s'efforcera de mettre fin à celle-ci avec un matériel spécialisé. Si l'hémorragie postopératoire est limitée, il ne sera pas nécessaire de réopérer. Le chirurgien pourra par contre décider de recourir à

une transfusion sanguine.

Iléus paralytique

Dans ce cas, les intestins ne fonctionnent pas ou fonctionnent très lentement. En l'absence de traitement, cela entraînera 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) pendant quelques jours. Cette complication est rare en cas d'intervention laparoscopique; elle est occasionnelle (lombotomie) à fréquente (laparotomie) en cas d'opération à ciel ouvert.

Adhérences postopératoires

Pour chaque opération, il y a formation d'une cicatrice et les tissus s'accrocheront (fréquemment). Si l'opération a été effectuée par la cavité abdominale (laparotomie, laparoscopie ou robot-assistée), il y a également un risque d'adhérences des intestins. Ces adhérences peuvent parfois être d'une telle importance que le passage intestinal est perturbé (iléus obstructif). Dans ce cas, une intervention est nécessaire (très rarement). Les adhérences intestinales normales et la cicatrisation des tissus peuvent compliquer une chirurgie ultérieure dans la même région.

Diminution de la fonction rénale

Le clampage des vaisseaux sanguins du rein entraîne un déficit en oxygène dans les tissus rénaux. Au bout d'un certain temps, il s'ensuit des dommages irréversibles des tissus rénaux, entraînant diminution de la fonction rénale. Cette complication est rare si le clampage dure au maximum 20 minutes, mais s'il dure plus longtemps, une perte importante de la fonction rénale peut occasionnellement survenir. L'ablation totale du rein donnera fréquemment lieu à une diminution de la fonction rénale. Si l'autre rein est sain et fonctionne correctement, cela ne pose généralement aucun problème, toutefois la fonction rénale doit faire l'objet d'un suivi par prises de sang régulières. Dans le cas contraire (vous aviez déjà une fonction rénale diminuée avant l'opération ou vous ne disposez que d'un rein) et si l'on constate effectivement une diminution significative de la fonction rénale, votre chirurgien se mettra en contact avec le néphrologue (spécialiste du rein). Celui-ci peut au besoin instaurer des mesures diététiques et une médication. Si la fonction rénale est considérablement diminuée, une dialyse rénale est nécessaire. L'enlèvement d'un petit bord de tissu rénal sain à la limite du cancer rénal n'a généralement aucun impact significatif sur la fonction rénale.

Fuite d'urine

Au niveau de la surface de résection du cancer rénal, le système de collecte de l'urine (système pyélocaliciel) peut être ouvert. Il sera refermé par une procédure chirurgicale. Les fuites d'urine persistantes après une intervention est rare. La guérison intervient généralement spontanément, sans qu'il ne soit nécessaire de réopérer. Un drain (un petit tube) est placé à proximité du rein au cours de l'opération pour permettre l'écoulement des liquides autour du rein. Si ce liquide est de l'urine, le drain sera laissé plus longtemps en place. En cas de fuite d'urine trop prononcée, le chirurgien peut décider de placer un double stent J. Il s'agit d'un stent qui est placé dans le cadre d'une opération via l'urètre entre le rein et la vessie. C'est par conséquent une intervention supplémentaire.

Lésions des branches nerveuses (fréquentes)

Des lésions des branches nerveuses dans la paroi abdominale ou dans le flanc sont observées dans les zones autour des incisions pratiquées dans la paroi abdominale ou dans le flanc ; elles sont causées par une compression locale ou par une électrocautérisation. Ces lésions récupéreront très probablement. En cas de lombotomie (incision dans le flanc), des branches nerveuses plus

importantes sont parfois blessées, ou il arrive même qu'un fragment de la 12e côte soit enlevé. Cela peut entraîner des douleurs chroniques dans le flanc.

Infection des plaies (rare)

Une infection des incisions cutanées peut survenir, nécessitant l'administration d'antibiotiques et/ou un drainage en réouvrant légèrement l'incision.

Infection des voies urinaires

Fréquemment observées, les infections des voies urinaires sont traitées par des antibiotiques. Le risque d'infection des voies urinaires dépend de la durée du maintien de la sonde vésicale.

Autres

Des problèmes de santé individuels peuvent augmenter le risque de complications susceptibles d'être fatales, comme l'infarctus du myocarde, l'AVC, l'emphysème pulmonaire, ...

3. Après l'hospitalisation

Des adhérences de l'intestin peuvent perturber le transit intestinal et occasionner des douleurs chroniques. Les adhérences peuvent également entraîner une occlusion intestinale totale qui nécessitera une intervention chirurgicale (très rare).

Une rupture au niveau de la cicatrice dans la paroi abdominale est très rare mais peut donner lieu à une éventration (débordement de la cavité abdominale à travers la paroi abdominale), nécessitant parfois une correction chirurgicale. Ce risque est plus élevé après une opération à ciel ouvert.

La fatigue postopératoire peut être un signe d'anémie. Si vous souffrez clairement de fatigue, il est recommandé de vous adresser à votre médecin généraliste ou votre chirurgien en vue de réaliser une analyse du sang. En fonction des résultats, un traitement vous sera prescrit (par exemple des suppléments de fer).

4. 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.