
CONSENTEMENT ECLAIRE

lithotripsie percutanée (traitement des calculs rénaux)

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 une lithotripsie percutanée. 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 lithotripsie percutanée.

Une 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 concernant la lithotripsie percutanée (traitement des calculs rénaux)

1) Indications et conditions de cette intervention

Lorsqu'un patient présente des calculs rénaux volumineux pour lesquels une lithotritie (broyage des calculs) extracorporelle n'est pas indiquée ou s'est avérée inefficace, ils seront de préférence traités par voie percutanée, dans la mesure du possible.

Les conditions à remplir sont les suivantes : le patient doit pouvoir être opéré sous anesthésie totale, en décubitus ventral (sur le ventre). Chez certaines personnes (personnes obèses ou souffrant de troubles respiratoires), ces conditions sont associées à un risque.

2) Préparation et technique opératoire

Avant l'intervention, on réalisera toujours une étude radiologique approfondie des voies urinaires, et principalement du rein non atteint, afin de bien connaître la structure du système d'évacuation. Les infections urinaires seront toujours dépistées avant l'intervention et seront traitées avant l'intervention si nécessaire.

L'intervention :

1. On commence souvent par la mise en place d'un cathéter dans l'uretère du rein atteint. Ce cathéter sera parfois utilisé pour y introduire, pendant la ponction (voir ci-dessous) un produit de contraste et du bleu de méthylène, mais la plupart du temps il servira à assurer un drainage optimal du rein durant l'intervention. La mise en place du cathéter s'effectue en position gynécologique via l'urètre ; à la fin de la procédure, une sonde urinaire est mise en place, qui vise elle aussi à assurer un bon drainage.

2. Le patient est tourné sur le ventre et positionné.
3. Sous contrôle échographique ou par imagerie fluoroscopique (radioscopie), une ponction est réalisée dans le système d'évacuation rénal à l'aide d'une aiguille. On choisira généralement comme voie d'abord un calice inférieur situé dans la face postérieure du rein ; toutefois, selon la masse du calcul, une autre voie peut être sélectionnée.
4. Lorsque l'aiguille est correctement insérée dans le système d'évacuation, un fil-guide fin et souple (conducteur) est glissé dans le système via le corps creux de l'aiguille.
5. L'aiguille est ensuite retirée et le trajet de la ponction au-dessus du fil-guide est élargi jusqu'à 9 mm. Ceci s'effectue au moyen de dilateurs (sondes utilisées pour l'élargissement) en Teflon ou en métal, ou à l'aide d'un cathéter de dilatation par ballonnet.
6. Ensuite, un néphroscope en métal (un tube flexible et maniable utilisé pour visualiser l'intérieur du rein) est inséré dans le système d'évacuation du rein afin de permettre, par visualisation directe, le broyage du calcul et son retrait. Plusieurs méthodes énergétiques peuvent être utilisées à cet effet : énergie à ultrasons, pression pneumatique ou laser. Les fragments de calcul sont aspirés ou retirés à l'aide d'une petite pince. Certains fragments disparaissent dans l'uretère : il s'agit pour la plupart de fragments de petite taille.
7. Au cours de la lithotripsie, le système d'évacuation rénal est rincé en continu avec du sérum physiologique. Lors des interventions de longue durée, il existe parfois un risque de fuite de liquide en dehors du rein. Pour éviter ce problème, nous utilisons un tube de protection supplémentaire (Amplatz), dans lequel nous glissons le néphroscope.
8. Lorsque tous les fragments de calculs (accessibles) sont éliminés, le néphroscope peut à nouveau être retiré. Dans certains cas, un cathéter de néphrostomie est mis en place pour assurer un drainage optimal du rein. Cet instrument est surtout très utile en cas d'hémorragie secondaire.

Après l'intervention :

1. La sonde urétérale et la sonde vésicale sont retirées le jour même de l'intervention ou le lendemain. Le cathéter de néphrostomie est généralement laissé en place pendant 2 jours. Il permet également d'effectuer un examen radiologique de contrôle avec produit de contraste. Cet examen est réalisé pour vérifier qu'il n'y a pas de fuite et pour visualiser clairement les calculs résiduels éventuels.
2. En fonction des cathéters restés en place, le patient peut habituellement rentrer chez lui le jour même de l'intervention ou le lendemain. Lorsqu'une sonde de néphrostomie est laissée en place, la durée de l'hospitalisation peut être plus longue.

1) Quels sont les risques et les complications possibles ?

Ci-dessous figure une liste non exhaustive des complications générales et spécifiques, ainsi que leur fréquence d'apparition :

- (a): fréquentes : >15%
- (b): peu fréquentes : 5-15%
- (c): rares : 1-5%
- (d): très rares : <1%

Durant et/ou après l'intervention :

1. Hémorragie : pendant la dilatation, durant la néphroscopie ou durant le broyage des calculs, une hémorragie peut se produire. Celle-ci résulte la plupart du temps de la distension mécanique du parenchyme rénal, visant à créer un « tunnel de travail » Dans de rares cas seulement, d'autres mesures doivent être prises, comme l'embolisation (obturation, ou blocage des vaisseaux sanguins) ou une opération ouverte visant à arrêter l'hémorragie.
2. Infection : si les calculs sont infectés, un choc infectieux peut se produire durant ou après l'intervention ; il s'agit d'une complication très grave. Cette complication peut être prévenue de deux façons : en dépistant systématiquement les infections urinaires avant l'intervention, et en limitant l'intervention à un cathéter de drainage de néphrostomie si de l'urine purulente est observée lors de la ponction. Après un drainage de quelques jours, l'intervention prévue peut être pratiquée en toute sécurité.
3. Perforation du rein : une perforation du bassinet rénal est possible, particulièrement durant la phase de dilatation ; ce problème est facilement résolu par la mise en place d'un cathéter de drainage de néphrostomie ; l'intervention doit alors parfois être interrompue prématurément
4. Perforation de la plèvre : dans de rares cas, il est nécessaire d'utiliser un calice supérieur ou moyen comme voie d'abord, et la ponction et la dilatation doivent s'effectuer entre les côtes (10-11 ou 11-12) ; cette approche entraîne toujours un risque de lésion de la plèvre, pouvant conduire à une accumulation d'air, d'eau ou de sang dans la plèvre. Si l'on suspecte une perforation, celle-ci est facile à dépister par radiographie des poumons ; le problème se résout la plupart du temps facilement par un drain pulmonaire que l'on laisse en place pendant quelques jours.
5. Perforation intestinale : extrêmement rarement (dans moins de 1 cas sur 100), il arrive que l'intestin soit perforé lors des manipulations (ponction, dilatation) ; cela peut notamment arriver lorsque le côlon est situé trop en arrière à côté du rein. Dans ce cas de figure, une péritonite se développera, sauf si la perforation est remarquée durant l'intervention. Dans ce cas, il suffira de laisser en place un cathéter de néphrostomie et de le retirer chaque jour progressivement de 1 cm ; la perforation se refermera alors spontanément sans séquelles.

La plupart du temps, la sonde double J est bien tolérée et ne provoque que peu de symptômes.

Il arrive que le patient présente les gênes suivantes (a-b) :

- Lors de la miction, vous pouvez ressentir une pression au niveau du flanc. Cette pression disparaît après la miction. Il est rare que la prise d'un antidouleur soit nécessaire (de type AINS).
- La présence de sang dans les urines (hématurie) est une complication fréquente, tout au moins après des efforts ou après des activités physiques. Ce symptôme ne présente aucun risque tant qu'aucun caillot ne se forme. Pour empêcher la formation de caillots, vous devez beaucoup boire pour rendre les urines plus claires.
- Des symptômes d'irritation de la vessie surviennent également peu fréquemment : besoin fréquent d'uriner, sensation de vidange incomplète de la vessie, besoin urgent d'uriner, fuites urinaires involontaires.

Complications rares d'une sonde double J (c-d) :

- Dislocation (déboîtement) ou déplacement de la sonde. La sonde devra généralement être repositionnée.
- Blocage ou occlusion de la sonde. La sonde devra généralement être repositionnée.
- Pyélonéphrite ou inflammation des reins. Cette affection s'accompagne d'une douleur au niveau des flancs et d'une forte fièvre. Un traitement par antibiotiques s'impose et une

hospitalisation est parfois également nécessaire. Le médecin prescrit parfois un antiseptique urinaire pour aider à prévenir cette complication.

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.