
CONSENTEMENT ECLAIRE

orchidopexie (intervention réalisée en cas de non-descente du testicule)

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 orchidopexie. 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 orchidopexie.

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 sur la orchidopexie

1) Traitement d'un testicule non descendu (cryptorchidie) au moyen d'une orchidopexie

Au cours du développement embryonnaire (dans l'utérus), les testicules du garçon descendent du ventre vers la bourse (scrotum). Les deux testicules doivent se trouver dans la bourse pour garantir une température légèrement inférieure à la température corporelle. Ceci est nécessaire pour garantir le développement normal du testicule et de la fertilité.

Lorsqu'un testicule est placé trop haut, il arrive qu'il descende encore au cours de la première année de la vie. S'il n'est pas descendu à temps (cryptorchidie), une intervention est proposée pour le faire descendre dans la bourse. Dans le cas contraire, il existe en effet un risque accru de diminution de la fertilité et de mauvais développement du testicule. Le risque de développer une tumeur est également légèrement accru en cas de testicule cryptorchide (testicule non descendu). De plus, il est difficile de dépister une tumeur au niveau du testicule, car vu sa position haute, la tumeur est difficile ou impossible à sentir.

Il arrive que les testicules soient effectivement dans la bourse, mais qu'ils remontent vers l'aîne au moindre effort ou par temps froid : le muscle crémaster tire le testicule vers le haut en direction de l'aîne, ce qui provoque un réflexe crémaster (trop) puissant. On parle alors de testicules rétractiles. Sous l'effet de la croissance, il arrive qu'avec le temps, ces testicules ne restent plus dans le scrotum (bourse) : on parle alors de testicules « ascendants ». Dans ce cas, le muscle crémaster est devenu trop court. Une orchidopexie peut être indiquée dans cette situation également.

La cryptorchidie peut s'accompagner d'une hydrocèle communicante ou d'une liaison persistante avec la cavité abdominale, un trouble qui sera constaté lors de l'intervention, et réparé au même moment.

2) Technique

Une incision est pratiquée dans la région de l'aîne. Le testicule non descendu se situe souvent au niveau du canal inguinal. Le testicule est libéré avec précaution. Pour ce faire, le muscle crémaster doit être sectionné (il n'a pas une fonction importante). Ensuite, le cordon spermatique et les vaisseaux sanguins conduisant au testicule sont soigneusement **disséqués**.

On observe parfois une liaison entre le péritoine et la tunique entourant le testicule : il s'agit d'un problème appelé « hydrocèle communicante ». Dans ce cas, la liaison sera sectionnée et ligaturée dans le canal inguinal, afin de traiter également la hernie. Le testicule peut être fixé dans la bourse via une petite incision.

Il arrive que le cordon spermatique ou les vaisseaux sanguins soient tellement courts que le testicule ne peut tout de même pas être amené dans la bourse. Il peut alors être nécessaire de pratiquer l'intervention en 2 étapes. Le testicule est alors fixé le plus bas possible, et 6 mois plus tard (au plus tôt), une deuxième intervention est pratiquée. Il n'est pas toujours possible d'amener le testicule complètement dans la bourse. Lorsque le testicule est placé très haut, par exemple dans la cavité abdominale au-dessus du canal inguinal, il faut parfois **sectionner** les vaisseaux sanguins. Le testicule devra alors survivre en s'alimentant sur les vaisseaux sanguins situés sur le cordon spermatique. Une deuxième intervention s'impose toujours dans ce cas. On espère qu'entretemps, ces petits vaisseaux sanguins se développeront suffisamment pour permettre au testicule de survivre. Si le testicule devient malgré tout trop petit, il est retiré.

Il arrive que l'on ne découvre qu'un très petit testicule de mauvaise qualité : dans ce cas, il est préférable de le retirer en raison du risque de développement d'une tumeur, ou parce que des anticorps dirigés contre ce testicule peuvent aussi affecter l'autre testicule. Plus tard, lorsque la croissance du patient est achevée, on pourra éventuellement placer une prothèse testiculaire.

Il est possible qu'avant ou durant l'intervention, on ne trouve aucun testicule dans la région de l'aîne. Dans ce cas, le médecin décide parfois de pratiquer une laparoscopie. Pour ce faire, il réalise une petite ouverture au niveau du nombril pour pouvoir placer une caméra dans la cavité abdominale. L'ouverture est ensuite gonflée avec du gaz CO₂ pour créer un espace de travail. Ensuite, 2 ou 3 petites incisions supplémentaires sont réalisées au niveau de la paroi abdominale, afin de rechercher le testicule dans la cavité abdominale à l'aide d'instruments. Lorsqu'un testicule suffisamment développé est mis en évidence, il peut être libéré et amené dans la bourse en 1 ou 2 intervention(s) chirurgicale(s). Si le testicule n'est pas de bonne qualité, il est préférable de le retirer. Les incisions cutanées cicatrisent en une dizaine de jours. Les sutures utilisées sont généralement résorbables et sont souvent placées juste sous la peau (elles se dissolvent après 3 à 6 semaines).

L'opération se déroule dans la plupart des cas sans incident, et donne généralement un bon résultat sur le plan esthétique. En cas d'intervention précoce (avant l'âge de 2 ans), on constate des effets favorables sur la fertilité et sur le risque futur de tumeur (meilleure fertilité et risque réduit de tumeur).

3) Risques et complications possibles

Ci-dessous figure une liste non exhaustive des complications générales et spécifiques, avec leur degré de fréquence.

Fréquent : >15%
Peu fréquent : 5-15%
Rare : 1-5%
Très rare : <1%

Durant l'intervention

- Toute intervention, même la plus mineure, comporte des risques qui sont parfois imprévisibles et exceptionnels, mais qui peuvent également être sévères (infarctus du myocarde, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, choc anaphylactique dû à une allergie, hémorragie, décès ...). Ces cas ont heureusement extrêmement rares.
- Les complications sévères touchant les organes vitaux (cœur, circulation sanguine, poumons, reins) et/ou les lésions permanentes (telles que défaillance d'organe, paralysie) sont très rares.
- Dans des cas très rares, l'intervention ne peut pas être pratiquée en raison de la survenue d'une complication sévère, et l'opération doit être interrompue.
- Très rarement, il peut être nécessaire de prendre des mesures supplémentaires pour traiter des problèmes survenant durant l'intervention. A cette fin, vous devez autoriser votre médecin traitant, si celui-ci le juge nécessaire ou opportun, à poser des gestes complémentaires pour résoudre des problèmes inattendus.
- Par ailleurs, des gestes préparatoires, concomitants ou ultérieurs ne sont pas non plus totalement exempts de risque. Ainsi, des perfusions ou injections peuvent provoquer des problèmes tels que : abcès au site de l'injection, lésions locales aux tissus (nécrose) et/ou irritation veineuse, dermatite. Ces problèmes sont généralement passagers. Très rarement, ils peuvent induire des dommages permanents aux nerfs (douleurs, paralysie).
- Très rarement, la **dissection** du testicule avec ses vaisseaux sanguins et son cordon spermatique peut occasionner des dommages à ces vaisseaux sanguins ou cordon spermatique. Dans ce cas, il peut arriver que le testicule présente encore un retard de croissance, qu'il meurt ou qu'il ne puisse plus produire de spermatozoïdes lors de l'éjaculation.
- Très rarement, la laparoscopie peut occasionner des dommages aux organes abdominaux, notamment aux gros vaisseaux sanguins, à l'intestin ou à la vessie. Ces complications peuvent s'accompagner d'une infection au niveau de la cavité abdominale ou d'une perte de sang importante nécessitant une transfusion. Par ailleurs, même si la totalité du sang transfusé est systématiquement testée, on ne peut entièrement exclure tout risque de transmission de maladie contagieuse (VIH, hépatite, etc.) Dans de très rares cas, une incision dans l'abdomen peut s'avérer nécessaire pour réparer les dommages occasionnés aux organes abdominaux. Très rarement, il arrive que de tels dommages ne soient détectés qu'à un stade ultérieur et qu'une réintervention doive être pratiquée pour corriger le problème.
- Après une laparoscopie, il arrive (rarement) que les intestins ne re-fonctionnent pas immédiatement : ils peuvent être temporairement paralysés. Ce problème peut s'accompagner de ballonnements et de vomissements.

1) Après l'intervention

- Un gonflement localisé est entièrement normal (principalement au niveau du scrotum) ; il se résorbera spontanément au bout de quelques jours. Très rarement, un bleu (hématome) peut apparaître, qui devra être drainé via une petite incision.
- Une hémorragie locale est également possible au cours des premiers jours suivant l'opération. Si nécessaire, celle-ci peut être comprimée à l'aide d'une compresse. Si l'hémorragie persiste, il convient de consulter un médecin.
- Une infection de la plaie peut retarder considérablement le processus de guérison. Le risque d'infection est peu fréquent à rare. Il est principalement présent en cas d'infection préalable. Il est nécessaire de désinfecter régulièrement. La prise d'antibiotiques durant quelques jours s'impose rarement.
- Dans de rares cas, la cicatrice est peu esthétique. Ceci résulte principalement d'une prédisposition individuelle (p. ex. formation chéloïdienne).
- Une allergie ou une hypersensibilité (par exemple aux médicaments, aux analgésiques, aux anesthésiques, aux désinfectants, au latex) peut entraîner temporairement un gonflement, des démangeaisons, des éternuements, une éruption cutanée, des étourdissements ou des vomissements, ainsi que d'autres réactions. Les complications sévères touchant les organes vitaux (cœur, circulation sanguine, poumons, reins) et/ou les lésions permanentes (telles que défaillance d'organe, paralysie) sont très rares.
- Une infection des voies respiratoires peut survenir dans de rares cas ; ce risque est plus élevé après une anesthésie générale et chez les fumeurs.
- Par ailleurs, des gestes préparatoires, concomitants ou ultérieurs ne sont pas non plus totalement exempts de risque. Ainsi, des perfusions ou injections peuvent provoquer des problèmes tels que : abcès au site de l'injection, lésions locales aux tissus (nécrose) et/ou irritation veineuse, dermatite. Ces problèmes sont généralement passagers. Très rarement, ils peuvent induire des lésions permanentes au niveau des nerfs (douleurs, paralysie).
- **Douleur** : L'intervention ne requiert pas de grande incision ni de geste traumatique, les douleurs sont généralement minimales et leur durée est limitée à quelques jours après l'opération. Un antalgique classique peut être pris.
- Comme précisé plus haut, dans de très rares cas, des lésions peuvent apparaître au niveau des vaisseaux sanguins du testicule. Le testicule peut mourir ou s'atrophier progressivement (très petite taille et diminution de la qualité). Dans ce cas, il est parfois nécessaire d'enlever le testicule lors d'une intervention complémentaire.
- Très rarement, il arrive également que le cordon spermatique subisse des lésions, ce qui peut entraîner une diminution de la fertilité.
- Le testicule peut rarement migrer vers l'aîne après l'opération, auquel cas une réintervention sera nécessaire pour corriger le problème

1) Préparation à l'opération

- Avant l'intervention : Indiquez-nous les médicaments que vous prenez. Le médecin traitant décidera si et quand ces médicaments doivent être arrêtés et remplacés par d'autres médicaments, par exemple par des anticoagulants.
- Indiquez aussi à votre médecin les opérations et les maladies vous avez déjà eues, les complications éventuelles que vous avez présentées et si vous êtes allergique à certaines substances.
- Le choix de l'anesthésie - locale, régionale (seul le bas du corps est anesthésié) ou générale (vous dormez complètement) - revient au chirurgien et à l'anesthésiste, qui décide-

ront du type d'anesthésie à utiliser sur la base des antécédents personnels. Chez les enfants, il s'agit presque toujours d'une anesthésie générale. Vous devez être à jeun le jour de l'opération.

- Si vous le souhaitez, vous pouvez prendre contact avec le service de facturation de l'hôpital afin de recevoir une estimation du coût de l'hospitalisation.
- Vous pouvez discuter des questions et risques spécifiques à l'anesthésie avec l'anesthésiste. Il peut arriver qu'un autre chirurgien, ayant les compétences nécessaires, effectue l'intervention.

1) Soins postopératoires

- L'alitement strict n'est pas nécessaire après l'opération.
- La plaie est généralement fermée par des sutures qui se résorbent spontanément.
- Une surveillance quotidienne de la plaie est nécessaire. En cas de problème, consultez votre médecin immédiatement.
- Il est fréquent que des pansements adhésifs étanches soient appliqués, qui ne doivent être enlevés qu'après 10 jours et permettent de prendre de courtes douches ou bains dès 48 heures après l'intervention.
- Pour prévenir ou réduire tout gonflement éventuel, il peut être conseillé de porter un slip serré pendant quelques jours.
- Si l'opération est pratiquée en ambulatoire, un accompagnant adulte doit venir vous chercher, car votre vigilance peut être réduite sous l'effet de l'anesthésie et/ou des antalgiques. Nous vous indiquerons quand vous pourrez à nouveau conduire un véhicule. Au cours de cette période, vous devez également éviter de consommer de l'alcool ou de prendre des décisions importantes.
- L'intervention est généralement indolore. Si nécessaire, des analgésiques seront administrés par voie intraveineuse ou orale.
- La durée de l'hospitalisation varie généralement de quelques heures à 48 heures.
- La pratique d'un sport (y compris la natation) est déconseillée pendant au moins 2 semaines.
- La plupart du temps, votre enfant pourra retourner à l'école 2 à 3 jours après l'intervention.

1) Quels signes doivent vous amener à consulter votre médecin pendant votre période de convalescence ?

En cas de difficulté à uriner, de température supérieure à 38 °C, de saignements, de douleur.

2) Quelles sont les conséquences de l'intervention ?

La technique pratiquée est une intervention standard. Toutefois, comme avec toute intervention, certaines complications, décrites ci-dessus, peuvent parfois se produire.

3) Ultérieurement

On recommande généralement d'effectuer un ou plusieurs contrôles après l'intervention.

9 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.