

---

## **CONSENTEMENT ECLAIRE**

### **pyéloplastie laparoscopique**

### **en tant que traitement de la sténose de la jonction pyélo-urétérale**

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 pyéloplastie laparoscopique. 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 pyéloplastie laparoscopique.

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

### Informations générales sur la pyéloplastie laparoscopique

### en tant que traitement de la sténose de la jonction pyélo-urétérale

#### **1. Généralités**

L'urine est produite dans les reins. Elle s'écoule vers la vessie via un petit tube, appelé uretère. Lorsque la jonction entre le rein et l'uretère est rétrécie, par exemple à cause de la formation de tissu cicatriciel ou d'une rupture (sténose de la jonction pyélo-urétérale), l'urine ne peut plus s'écouler librement. Le rein est alors comprimé et se dilate sous l'effet de la stagnation de l'urine (hydronéphrose). Cette dilatation provoque parfois des douleurs sévères au niveau du dos ou du flanc (coliques). Cette situation rend également le rein plus sensible aux infections persistantes et à la formation de calculs. Enfin, ce rétrécissement peut à terme entraîner une diminution de la fonction rénale.

#### **2. Quel est le principe de l'intervention ?**

Votre urologue vous a proposé de subir une "pyéloplastie laparoscopique".

Cette intervention consiste à réséquer (retirer) la partie rétrécie de l'uretère et à fixer au niveau du rein une nouvelle jonction à ouverture large, pour permettre à l'urine de s'écouler librement vers la vessie. L'obstruction dont vous souffrez peut avoir été causée par une rupture de l'uretère au niveau d'un vaisseau sanguin présentant un écoulement anormal. Dans ce cas, votre urologue donnera à l'uretère un nouvel écoulement, à une distance suffisante du vaisseau sanguin en question.

Par cette nouvelle jonction, un petit tube en silicone est introduit jusqu'à la vessie (sonde urétérale, ou sonde JJ). Cette sonde garantit que l'urine produite dans le rein puisse continuer à s'écouler librement vers la vessie dans les premiers jours ou semaines suivant l'intervention, même dans le cas

où la nouvelle jonction serait temporairement non opérationnelle suite à un gonflement ou une obstruction par des caillots sanguins. Cette sonde souple peut être retirée simplement via l'urètre au bout de quelques semaines. Ce retrait s'effectue lors de la consultation, ou éventuellement sous anesthésie légère lors d'une hospitalisation en polyclinique.

Cette intervention était auparavant réalisée par une incision au niveau du flanc. Mais depuis quelques années, elle peut être pratiquée avec succès à l'aide de quelques petites incisions et d'instruments adaptés (laparoscopie).

### **3. Existe-t-il des traitements alternatifs à cette intervention ?**

Un traitement alternatif consiste à introduire jusqu'au rein une minuscule caméra via l'orifice urinaire, l'urètre, la vessie et l'uretère. La zone rétrécie peut alors être élargie de l'intérieur à l'aide d'un ballonnet, ou peut être incisée au moyen d'un fin couteau. Globalement, les chances de guérison définitive sont moins élevées avec cette intervention qu'avec la pyéloplastie traditionnelle.

De plus, en cas d'échec, l'élargissement ou l'incision peuvent compliquer la guérison définitive par pyéloplastie traditionnelle.

#### Avant l'intervention

Pour confirmer le diagnostic, votre urologue doit disposer d'images des reins et des uretères. Il décidera au cas par cas quels examens doivent être pratiqués à cet effet.

Il peut s'agir d'un examen radiographique classique, qui consiste à prendre des photographies des uretères après administration d'un colorant (produit de contraste) par perfusion. Une scintigraphie (CT-scan) des voies urinaires est souvent nécessaire, et est également pratiquée après administration d'un produit de contraste. Ces deux examens peuvent être effectués par un radiologue, à la demande de votre médecin généraliste ou urologue.

Pour mesurer le degré d'obstruction exact, une scintigraphie au MAG 3 peut également être indiquée. Pour mesurer une éventuelle perte fonctionnelle du rein affecté, une scintigraphie rénale au DMSA peut s'avérer utile. Ces deux derniers examens sont pratiqués au service de médecine nucléaire de l'hôpital.

#### Après l'intervention

Tout de suite après l'intervention, vous remarquerez que l'urine s'écoule de la vessie par un petit tuyau (sonde urinaire) inséré dans l'urètre. Une seconde sonde sort de l'une des incisions réalisées lors de la laparoscopie ; elle sert à évacuer l'urine ou le sang résiduel dans la région opératoire (drain ou Redon). Par une infusion dans le bras, vous recevrez aussi un supplément de liquide, ainsi que, éventuellement, un antibiotique ou un analgésique. Ces différentes sondes sont généralement retirées après un ou deux jours, à la demande de votre urologue.

Durant l'intervention, une autre sonde interne (sonde JJ) est insérée entre le rein et la vessie, à travers la nouvelle jonction et à travers l'uretère. Cette sonde interne empêche que la nouvelle jonction ne se referme sous l'effet du gonflement au cours des premières semaines suivant l'opération, et permet à l'urine de s'écouler librement vers la vessie. Cette sonde souple peut être retirée par l'urologue via la vessie lors d'un contrôle postopératoire.

Dans les premières heures qui suivent l'intervention, vous ne pouvez normalement ni manger, ni boire.

Le matin qui suit votre intervention, vous recevrez une alimentation facile à digérer et vous pourrez recommencer à manger et boire normalement.

Lorsque toutes les sondes ont été retirées, que vous pouvez à nouveau manger et boire facilement et

si vous ne présentez pas de douleur ou de fièvre, vous pourrez quitter l'hôpital - généralement, le 2e ou 3e jour après l'intervention.

#### **4. Que devez-vous faire après votre sortie ?**

La durée de la convalescence est en moyenne de 4 à 6 semaines. Après votre sortie de l'hôpital, vous pourrez reprendre vos activités habituelles. Vous devrez toutefois éviter de réaliser des efforts intenses, de faire du sport et de soulever des poids lourds (plus de 5 kg) pendant une période de trois semaines environ.

Les bains sont également à éviter pendant deux semaines, mais les douches sont autorisées immédiatement après l'intervention.

Quelques semaines après l'intervention, une consultation de contrôle sera organisée.

#### **5. Quels signes doivent vous amener à consulter votre médecin pendant votre période de convalescence ?**

En cas de fièvre supérieure à 38,5 °C, de douleur intense dans les flancs, de saignements persistants et abondants, de douleurs abdominales intenses et de vomissements, il est recommandé de consulter son médecin généraliste ou son urologue.

La présence de la sonde en silicone (sonde JJ) qui va jusqu'à la vessie peut stimuler le muscle vésical. Cela peut entraîner une fréquence accrue des mictions, une sensation de brûlure lors de la miction, une coloration rougeâtre des urines, des épisodes de douleur dans le bas-ventre et éventuellement, une brève douleur dans le flanc durant et juste après la miction. Ces symptômes ne sont pas inquiétants en soi ; s'ils ne provoquent pas de gêne trop importante, vous n'êtes pas obligé(e) de consulter votre médecin.

#### **6) Quels sont les risques ou complications possibles ?**

Conversion : avant tout, vous devez savoir que durant l'opération, votre urologue peut décider de passer à l'intervention classique, qui nécessite la réalisation d'une large incision.

C'est le cas lorsqu'au cours de la laparoscopie, le médecin réalise que la procédure prévue n'est pas sûre, ou qu'elle ne peut pas être réalisée tout à fait correctement. En pratique cependant, il est exceptionnel que le chirurgien doive bifurquer vers une intervention classique.

Douleur : les petites incisions servant à introduire les trocarts dans la cavité abdominale peuvent causer une douleur (musculaire) au cours des premiers jours suivant l'intervention.

Comme après toute laparoscopie (lors de laquelle la cavité abdominale est remplie de CO<sub>2</sub>), une irritation du diaphragme est possible, pouvant se manifester par une douleur à l'épaule.

Saignement : comme lors de toute intervention chirurgicale, un saignement peut survenir pendant ou après l'opération. Il s'agit toujours d'une perte de sang très limitée, qui ne nécessite quasi jamais de transfusion sanguine.

Thrombose - Embolie : l'intervention même et l'alitement qui suit l'intervention peuvent entraîner la formation d'un caillot de sang dans une veine de vos jambes. La principale complication de ce trouble est la suivante : ce caillot de sang peut se détacher et, via la circulation sanguine, être acheminé vers les poumons, où il peut provoquer une obstruction (embolie pulmonaire). Cette complication, potentiellement fatale, peut être empêchée par le port de bas à varices et par une injection

quotidienne d'un anticoagulant. Se remettre à bouger et à marcher rapidement aide également à prévenir les problèmes de thrombose et d'embolie.

Fuite d'urine : même après la pose d'une sonde en silicone (sonde JJ) dans la nouvelle jonction, il peut arriver, dans les premiers jours suivant l'intervention, que de l'urine continue à fuir du système d'évacuation rénal, entre les sutures. Cette fuite disparaît quasi toujours spontanément, à mesure que la nouvelle jonction se cicatrise et se referme progressivement. Il est parfois nécessaire de maintenir une sonde urinaire pendant quelques jours supplémentaires pour permettre à l'urine de s'écouler à une pression plus faible.

Infection : moins exceptionnelles, les infections des voies urinaires restent toutefois rares car une dose préventive d'antibiotiques vous est administrée au début de l'opération. Si une infection se développe malgré tout, la prise d'antibiotiques pendant quelques jours sous forme de perfusion ou de comprimés s'avère quasi toujours suffisante.

Échec de l'intervention : enfin, il existe un risque de formation de tissu cicatriciel après l'opération au niveau de la nouvelle jonction.

Ceci pourrait éventuellement provoquer une nouvelle sténose (rétrécissement) de la jonction entre le rein et l'uretère.

Le risque de cette complication s'élève normalement à moins de 5%. Si une sténose de ce type apparaît suite à la formation de tissu cicatriciel, votre urologue pourra parfois résoudre le problème par une intervention réalisée à l'aide d'une caméra introduite dans l'uretère, qui n'implique donc pas d'incision.

Mictions fréquentes et urgentes : ce problème disparaît généralement après le retrait de la sonde JJ. S'il persiste, vous devez prendre contact avec votre chirurgien.

Douleur : l'intervention ne requiert pas de grande incision ni de geste traumatique. Les douleurs sont généralement minimales et leur durée limitée à quelques jours après l'opération.

Problèmes de cicatrisation : les incisions cutanées cicatrisent en une dizaine de jours en principe.

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

## 6. 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.