



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*.

Elle vous est remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique. Elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre urologue.

Votre urologue vous a expliqué la pathologie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposés ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

INTERVENTION DE PYELOPLASTIE

L'intervention qui vous est proposée est destinée à réparer le rétrécissement de la jonction pyélo-urétérale que vous présentez.

LE REIN

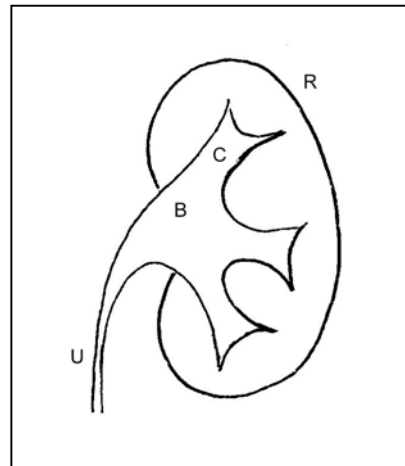
Le rein est un organe jouant le rôle d'un filtre qui épure le sang et élimine des déchets de l'organisme.

Les reins sont habituellement au nombre de deux. Ils sont situés dans l'abdomen sous le thorax, de part et d'autre de la colonne vertébrale.

L'urine sécrétée par le rein passe dans les cavités rénales (calices puis bassinets), puis est drainée par les uretères vers la vessie où elle est stockée entre deux mictions.

Le passage entre le bassinets et l'uretère est dénommé jonction pyélo-urétérale.

Légende : R : rein, C : calice, B : bassinets, U : uretère ;



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Vous présentez un rétrécissement de la jonction entre le bassinets et l'uretère dont le diagnostic a été fait par des examens radiologiques. Ce rétrécissement peut être d'origine congénitale (canal trop étroit ou compression par un vaisseau) ou consécutif à une maladie ayant entraîné une inflammation de la région.

L'urine est retenue au niveau des cavités rénales et s'écoule difficilement vers l'uretère. Cette retenue entraîne une dilatation des cavités.

L'absence de traitement vous expose aux risques de douleurs, d'infection et/ou de destruction progressive du rein.

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Dans certains cas particuliers, un rétrécissement de la jonction peut être traité par les voies naturelles, par voie endoscopique par dilatation ou incision.

Votre urologue vous a expliqué pourquoi il vous propose ce type d'intervention.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Les urines doivent être stériles pour l'opération : une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection, qui pourrait conduire à repousser la date de votre opération.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Plusieurs voies d'abord permettent de réaliser une pyéloplastie par voie chirurgicale ou coelioscopique. Le choix sera fait en fonction du type de rétrécissement, de votre morphologie et des habitudes de votre chirurgien.

La technique consiste à pratiquer une intervention au niveau de la jonction pyélo-urétérale pour supprimer la partie rétrécie et rétablir un passage normal entre le bassinet et l'uretère.

A la fin de l'intervention, l'urologue met en place une sonde tutrice permettant le drainage de l'urine pendant la période de cicatrisation. Il peut s'agir d'une sonde interne, appelée sonde JJ, qui sera retirée par les voies naturelles quelques semaines plus tard, ou d'une sonde sortant à travers la peau qui sera enlevée au bout de quelques jours selon les indications du chirurgien.

Un ou plusieurs drains externes peuvent être mis en place temporairement. Ils permettent de surveiller les éventuels écoulements post-opératoires.

SUITES HABITUELLES

Une sonde urinaire est mise en place pendant l'anesthésie pour ne pas mettre sous pression la zone de réparation et vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil. Cette sonde peut, rarement, être responsable d'un inconfort.

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous seront administrés régulièrement.

Vous êtes autorisé, habituellement, à vous lever dès le lendemain de l'opération et à vous réalimenter dès la reprise du transit intestinal.

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire et du ou des drains est variable et sera défini par le chirurgien.

La durée d'hospitalisation est d'environ quelques jours et vous sera précisée par votre chirurgien en fonction du type d'intervention et des difficultés opératoires.

Vous discuterez avec votre chirurgien de la durée de convalescence et de la date de reprise de vos activités.

Une radiographie de contrôle, pour vérifier le bon fonctionnement du rein et le résultat de la réparation chirurgicale et une consultation post-opératoire sont prévues quelques semaines après l'intervention.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont vous êtes affecté mais également à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois n'être pas guérissables.

Au cours de cette intervention le chirurgien peut faire une découverte ou être confronté à un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu.

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 et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention de pyéloplastie sont possibles :

- Pendant le geste opératoire :

- blessure des organes de voisinage justifiant leur réparation ou leur ablation,
- blessure vasculaire responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang,
- réparation de la jonction pyélo-urétérale impossible du fait de difficultés anatomiques ; dans ce cas votre chirurgien peut prendre la décision de modifier l'intervention, voire d'enlever le rein.

- Dans les suites post-opératoires immédiates :

- saignement pouvant nécessiter une nouvelle opération,
- risque d'infection urinaire ou de la paroi (c'est-à-dire de la peau et des muscles qui recouvrent la zone opérée),
- complications digestives : retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion,
- fistule urinaire due à une mauvaise cicatrisation de la voie excrétrice, à l'origine d'un écoulement d'urines dans l'abdomen, par le drainage de paroi ou par la cicatrice. Votre chirurgien pourra vous proposer de drainer la voie excrétrice par une sonde urétérale externe, ou par une sonde interne double J, afin d'assécher de la fistule. Néanmoins, en cas d'échec, une nouvelle intervention pourra être indiquée pour refermer la voie excrétrice, voire pour enlever le rein.

- Risques à distance :

- comme dans toute intervention abdominale, des déformations de la paroi de l'abdomen, plus ou moins importantes, et des brides intra-abdominales peuvent survenir,
- récurrence du rétrécissement pouvant nécessiter une nouvelle opération par voie endoscopique ou chirurgicale.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.