



Clinique S' Pierre  
OTTIGNIES

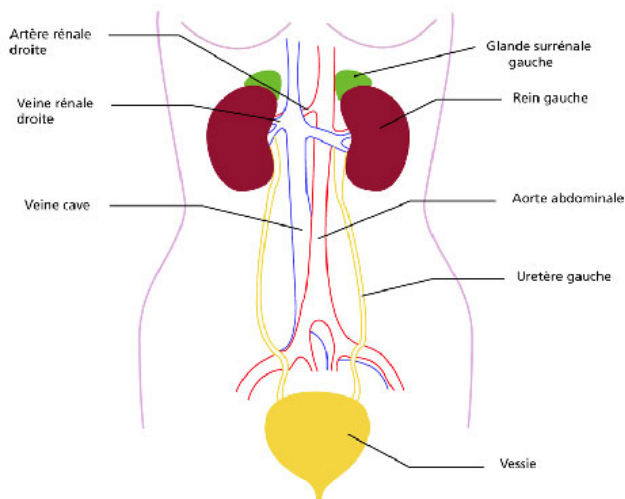
# NÉPHRECTOMIE PARTIELLE POUR TUMEUR

Tél.: 010 437 235

[secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be](mailto:secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be)

Cette fiche d'information est 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. Certaines situations médicales ne sont pas entièrement prévisibles et nécessitent une adaptation de la prise en charge. Ces éventuelles adaptations ne peuvent donc pas être reprises ci-dessous. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes peuvent vous être communiquées pendant une consultation avec votre médecin.

## RAPPEL ANATOMIQUE



Le rein est un organe qui joue le rôle d'un filtre participant à l'épuration du sang et à l'élimination 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 fabriquée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie où elle est stockée entre deux mictions. Un seul rein peut suffire à assurer cette fonction d'épuration.

## POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les examens que vous a fait pratiquer votre médecin ont mis en évidence une tumeur au niveau du rein. La taille de la tumeur et sa localisation permettent d'envisager de conserver une partie du rein ; ainsi, le traitement chirurgical qui vous est proposé consiste à enlever la partie du rein, où se trouve la tumeur. Cette opération est nécessaire car, en l'absence de traitement, cette tumeur vous expose au risque de troubles cliniques (douleurs, saignements, fièvre...) et de progression de la maladie tumorale.

## EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Une alternative au traitement chirurgical existe ; il s'agit de techniques dites ablatives, qui consistent à détruire la tumeur par l'application de froid (cryothérapie) ou de chaleur (radiofréquence). Cependant, ces techniques qui ne réalisent pas l'exérèse de la tumeur sont réservées pour des indications limitées.

## PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie préopératoire est nécessaire. Signalez à votre urologue et à l'anesthésiste vos antécédents médicaux, chirurgicaux et traitements en cours, en particulier anticoagulants (aspirine, clopidogrel, anti vitamine K) dont l'utilisation augmente le risque de saignement lors de l'intervention, mais dont l'arrêt expose à des risques de thrombose (coagulation) des vaisseaux. Le traitement anticoagulant est adapté et éventuellement modifié avant l'intervention. Signalez aussi toute allergie.

## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Plusieurs voies d'abord permettent d'accéder au rein :

- Une incision classique antérieure ou sur le côté au niveau lombaire
- Ou une voie cœlioscopique.

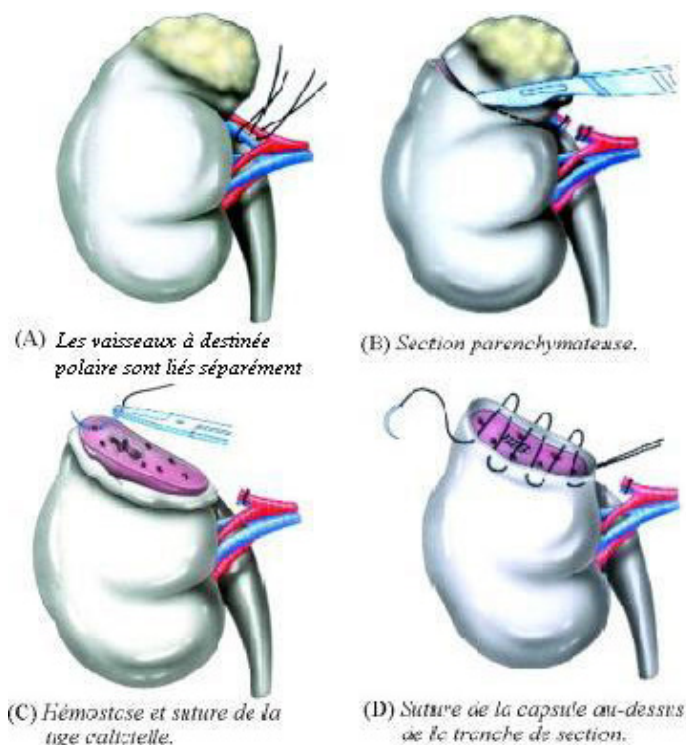
Le choix est fait en fonction de la localisation de la tumeur, de votre morphologie et des habitudes de votre chirurgien.

Il est possible :

- Qu'une sonde soit mise en place dans l'uretère au cours de l'intervention,
- Que la voie d'abord soit modifiée pendant l'intervention en raison de difficultés.

Le geste chirurgical consiste à enlever la tumeur en préservant le rein sain. Dans la plupart des cas, la vascularisation du rein doit être interrompue momentanément par un clampage (occlusion temporaire des vaisseaux vascularisant le rein), le temps de l'exérèse de la tumeur.

En fin d'intervention, des drainages peuvent être mis en place. Ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.



### Les différents temps de la néphrectomie partielle

(A) Les vaisseaux à destinée polaire sont liés séparément

(B) Section parenchymateuse

(C) Hémostase et suture de la tige caliciale

(D) Suture de la capsule au-dessus de la tranche de section

La pièce opératoire retirée lors de l'intervention est secondairement analysée au microscope lors de l'examen anatomopathologique.

## SUITES HABITUELLES

Pour surveiller le bon fonctionnement des reins et vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil, une sonde urinaire est mise en place pendant l'anesthésie. Cette sonde est rarement responsable d'un inconfort.

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques administrés régulièrement. Un

cathéter peut être placé dans la cicatrice pour diminuer les douleurs des premières heures. 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 du ou des drains et de la sonde urinaire est variable et est défini par le chirurgien. L'hospitalisation dure environ une semaine et une convalescence de quelques semaines est nécessaire. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

## RISQUES ET COMPLICATIONS

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais 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 ou un geste chirurgical complémentaire. Cette complication rare peut directement mettre en jeu le pronostic vital.
- Conservation du rein impossible ou dangereuse ; dans ce cas, votre chirurgien prend la décision de pratiquer une néphrectomie élargie, c'est-à-dire l'ablation du rein dans sa totalité.
- Absence de revascularisation partielle ou totale du rein lors du déclampage de l'organe pouvant justifier l'ablation du rein en totalité.
- Possibilité d'un geste plus complexe en raison de la découverte pendant l'intervention d'autres anomalies sur le rein (2ème tumeur) ou d'adhérences inhabituelles.

### DANS LES SUITES POST-OPÉRATOIRES PRÉCOCES :

- Saignement pouvant nécessiter un geste complémentaire : embolisation (oblitération du vaisseau sanguin sous contrôle radiologique) ou reprise chirurgicale.
- Risque de pneumothorax (diffusion d'air autour du poumon) pouvant justifier la mise en place d'un drain thoracique.
- Risque d'infection, en particulier de la paroi (c'est-à-dire de la peau et des muscles qui recouvrent la zone opérée) et du poumon adjacent pouvant justifier un geste complémentaire radiologique ou chirurgical.

### COMPLICATIONS DIGESTIVES :

- Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
- Événement ou éviscération nécessitant habituellement une réintervention et dans des cas exceptionnels, la réalisation d'une stomie digestive temporaire (anus artificiel).
- Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.
- Oblitération secondaire de l'artère rénale responsable de la perte définitive du rein.
- Fistule urinaire due à une mauvaise cicatrisation de la voie excrétrice, à l'origine d'un écoulement d'urines par le drainage de paroi ou par la cicatrice. Parfois, votre chirurgien doit drainer la voie excrétrice par une sonde extériorisée ou par une sonde interne afin d'assécher la fistule. Néanmoins, en cas d'échec, une nouvelle intervention peut être indiquée pour refermer la voie excrétrice, voire pour enlever le rein. Des soins infirmiers de la cicatrice peuvent aussi être nécessaires pendant plusieurs semaines ou mois.

- Possibilité de recours au rein artificiel (dialyse). Ce risque dépend du fonctionnement de l'autre rein, de votre fonction rénale globale avant l'intervention, de vos antécédents médicaux et des difficultés du geste chirurgical. Votre urologue vous a exposé votre situation par rapport à ce risque.

Il est rappelé que **toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux**, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

## RISQUES À DISTANCE :

- Comme dans toute intervention abdominale, des brides intra-abdominales peuvent survenir et entraîner des troubles digestifs.
- Des déformations de la paroi de l'abdomen au niveau de l'incision peuvent apparaître ou s'aggraver avec le temps. Il peut s'agir d'une déhiscence des muscles de l'abdomen, ou d'une hypotonie (diminution du tonus musculaire) séquellaire de l'intervention.
- Des collections liquidiennes ou des abcès peuvent nécessiter un drainage plusieurs semaines après l'intervention.
- Troubles de la sensibilité cutanée pouvant apparaître le long ou en dessous de la cicatrice.
- Problèmes cutanés ou neurologiques liés à votre position sur la table d'opération ou à l'alitement prolongé pouvant entraîner des séquelles et une prise en charge à long terme.
- Risque de recours définitif au rein artificiel (dialyse) rare, mais dépendant de votre condition médicale préexistante à l'intervention.
- Récidive de la maladie sur le site d'exérèse de la tumeur, dans une autre portion du rein opéré, dans les tissus de voisinage ou sur la cicatrice justifiant des traitements spécifiques.

## AVERTISSEMENT

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou prenez rendez-vous en tabacologie (010.437.370) pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

## SUIVI POST-OPÉRATOIRE

Le suivi dont vous ferez l'objet après l'intervention répond à trois objectifs :

- Vérifier l'absence de récurrence en cas de tumeur cancéreuse.
- Surveiller le fonctionnement des reins.
- Détecter d'éventuelles complications.

Lors de la consultation post-opératoire, votre urologue vous informe du résultat de l'analyse microscopique de la tumeur, du stade et du pronostic de votre maladie. L'ensemble de ces éléments conditionne la fréquence et les modalités de votre surveillance qui reposera sur une surveillance clinique associée à des examens biologiques et radiologiques.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

Tél.: 010 437 235  
secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be