



Clinique S' Pierre
OTTIGNIES

NÉPHROLITHOTOMIE PERCUTANÉE (NPC)

Tél.: 010 437 235

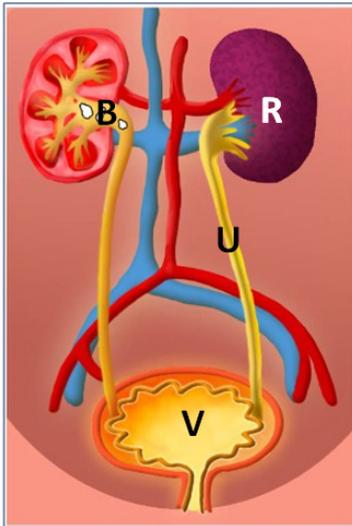
secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be

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.

QUELQUES NOTIONS D'ANATOMIE DU SYSTÈME URINAIRE

Ceci vous permettra de mieux comprendre les explications de votre chirurgien qui a indiqué ce traitement.

Dans votre abdomen (le ventre) se trouve tout le système de fabrication et de stockage de l'urine et les conduits pour son évacuation.



Les reins (R) sont situés en haut et sur l'arrière de l'abdomen.

Il existe habituellement un rein à droite et un autre à gauche.

Le rein mesure environ 12 cm de haut et contient des cavités (calices) pour recueillir les urines. Ces calices se réunissent pour former le bassinet (B). De là un canal fin, conduit les urines du rein vers la vessie (V) : c'est l'uretère (U). Il mesure environ 20 cm de long. Les deux uretères (droit et gauche) conduisent les urines vers la vessie. La vessie est le réservoir des urines. Les urines s'évacuent de la vessie (miction) par un canal appelé urètre.

OPTIONS DE PRISE EN CHARGE

Le ou les calculs situés dans votre rein (ou le début de l'uretère sous le rein) justifient d'être traités car ils sont à l'origine d'une part de troubles (ou symptômes) tels que douleurs, saignement et infection et d'autre part de risque de blocage de l'écoulement de l'urine avec au maximum arrêt de fonctionnement du rein puis destruction du rein.

L'absence de traitement vous expose à la persistance ou à la récurrence de ces troubles et à des complications.

Il existe plusieurs méthodes de prise en charge :

- Lithotritie extracorporelle : fragmentation des calculs par des ondes de choc
- Endoscopie : un appareil muni d'une caméra est introduit dans votre corps, soit par les voies

naturelles en remontant vers le rein (urétéroscopie), soit directement vers le rein en traversant la peau et la paroi du dos par un seul orifice (c'est la néphrolithotomie percutanée), ou plusieurs orifices (la laparoscopie).

Le choix de la technique dépend principalement de la taille, de la situation et de la dureté du calcul. Votre urologue vous a expliqué les avantages et les inconvénients de chaque méthode et la raison pour laquelle il vous propose une intervention par néphrolithotomie percutanée.

PRINCIPE DE LA NÉPHROLITHOTOMIE PERCUTANÉE

Votre calcul est situé dans les cavités du rein.

La néphrolithotomie percutanée consiste à introduire directement dans le rein à travers la peau et la paroi du dos un appareil qui permet de voir, de fragmenter et d'enlever le ou les calculs.

Dans certains cas, s'il reste des calculs, un traitement complémentaire pourra être nécessaire.

Les fragments de calcul sont recueillis afin d'être analysés.

Cette intervention nécessite habituellement une anesthésie générale et une hospitalisation de 4 à 5 jours au total.

PRÉPARATION À L'INTERVENTION

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

Les urines doivent être stériles (absence d'infection). Une analyse d'urines (ECBU) est donc réalisée avant l'intervention afin de traiter une éventuelle infection.

Dans certains cas le calcul est à l'évidence en rapport avec une infection des urines. Une antibiothérapie est alors prescrite 3 à 5 jours avant le geste opératoire.

Il est important pour cette technique de savoir si vous prenez un traitement pour fluidifier le sang (aspirine, anticoagulant ou autres) et de s'assurer de l'absence de trouble de la coagulation sanguine.

Une évaluation de la fonction rénale et de la formule sanguine est également requise. La prévention des phlébites peut justifier le port de bas de contention dès le jour de l'intervention et jusqu'à la sortie.

Compte tenu de la complexité de la technique de NLPC, un scanner est généralement réalisé, avant le choix thérapeutique. Cet examen précise au mieux la taille du ou des calcul(s), la forme du rein et les organes situés autour du rein.

MODALITÉS DE LA NÉPHROLITHOTOMIE

Dans un premier temps, une sonde (néphrostomie) est placée sous anesthésie locale dans le service de Radiologie : cette sonde servira de guide pour l'intervention.

Vous êtes ensuite transféré au quartier opératoire et une anesthésie générale est pratiquée.

L'intervention commence en principe par la mise en place d'une sonde dans le rein par les voies naturelles pour assurer le drainage des urines du rein. Elle sort par la vessie et l'urètre vers l'extérieur.

Le patient est ensuite placé soit à plat ventre. On crée un trajet (tunnel) d'environ 1 centimètre de diamètre entre la peau et le rein pour pouvoir introduire le matériel d'endoscopie. Le calcul est ensuite extrait.

L'intervention se termine en général par la mise en place d'une sonde dans le rein sortant à travers la peau du dos.

Le calcul (ou ses fragments) est adressé pour analyse pour définir les risques de récurrence et orienter la prise en charge à moyen et long terme.

SUITES HABITUELLES

Les sondes assurant le drainage des urines en fin d'intervention sont enlevées dans les premiers jours postopératoires, en l'absence de complication (saignement ou infection). Il peut être nécessaire de rester au lit si le maintien du drainage l'impose.

Les douleurs postopératoires sont en général minimales et facilement soulagées par les calmants habituels.

Il est possible que des fragments de calcul s'éliminent par les voies naturelles parfois à l'origine de crises de colique néphrétique.

Les urines peuvent être teintées de sang pendant quelques jours.

Une fièvre proche de 38°C est fréquemment observée sans pour autant correspondre à une infection. Cependant des prélèvements d'urines et éventuellement de sang peuvent être indiqués. Un traitement antibiotique peut être nécessaire.

PRÉPARATION À LA SORTIE ET SOINS À DOMICILE

A votre sortie des ordonnances vous sont remises pour, le cas échéant :

- Prise d'antibiotiques qui peuvent vous être prescrits selon la nature du calcul ou en cas d'infection postopératoire
- Un contrôle radiographique

La convalescence dure une dizaine de jours. La reprise d'une activité normale, sans douleur, est possible rapidement. Les activités sportives ne sont pas recommandées avant 3 ou 4 semaines.

Il faut être attentif à la couleur des urines pendant la semaine qui suit l'hospitalisation.

En effet un saignement secondaire, certes rare, peut survenir et justifier un avis urologique en urgence. Il en est de même en cas de fièvre, de douleurs ou d'écoulement d'urines dans le dos.

Quelques semaines plus tard, vous reverrez votre chirurgien en consultation pour évaluer le résultat.

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.

DANS LES SUITES POST-OPÉRATOIRES PRÉCOCES :

- Saignement pouvant nécessiter un geste complémentaire : embolisation (oblitération du vaisseau sanguin sous contrôle radiologique) ou reprise chirurgicale.

À DISTANCE

- Une ablation incomplète de la lithiase qui nécessite une seconde intervention.