

Fiche Info-Patient



Dernière mise à jour : mai 2012

PYELOPLASTIE (CURE DE JONCTION PYELO-URETERALE)

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

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. Il vous a expliqué la maladie 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.

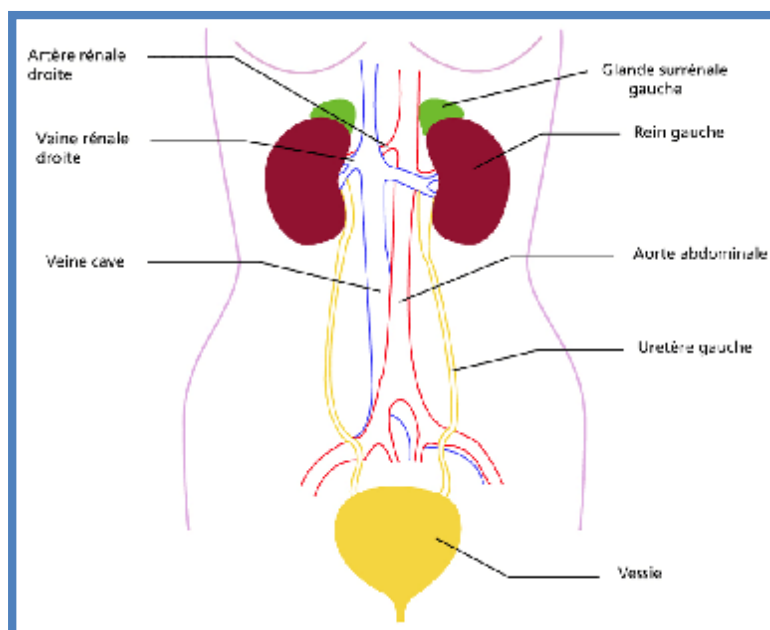
Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

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

Rappel anatomique

Le rein est un organe qui joue 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.



Pourquoi cette intervention ?

Vous présentez un rétrécissement de la jonction entre le bassinets et l'uretère. Le diagnostic en 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 proche de la jonction.

Attention :

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 appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

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

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

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Dans certains cas particuliers, un rétrécissement de la jonction pyélo-urétérale peut être traité par voie endoscopique par dilatation ou incision de la jonction.

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

Préparation à l'intervention

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire 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.

Une analyse d'urine est réalisée avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à différer la date de votre opération.

Technique opératoire

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

Plusieurs voies d'abord permettent de réaliser une pyéloplastie :

- ◆ Incision chirurgicale sur le côté de l'abdomen.
- ◆ Ou plusieurs petites incisions permettant une vidéo-chirurgie (coelioscopie).

Le choix est fait en fonction du type de rétrécissement, de votre morphologie et des habitudes de votre chirurgien.

La technique consiste à pratiquer une réparation de la jonction pyélo-urétérale en supprimant la partie rétrécie, puis en réalisant une suture de la voie urinaire pour rétablir un passage normal entre le bassinet et l'uretère. A la fin de l'intervention, l'urologue met en place une sonde permettant le drainage de l'urine pendant la période de cicatrisation. Il peut s'agir d'une sonde interne, appelée sonde JJ, qui est retirée par l'urètre quelques semaines plus tard, ou d'une sonde extériorisée à travers la peau de la région lombaire. Un ou plusieurs drains externes peuvent être mis en place temporairement. Ils permettent de surveiller les éventuels écoulements postopératoires.

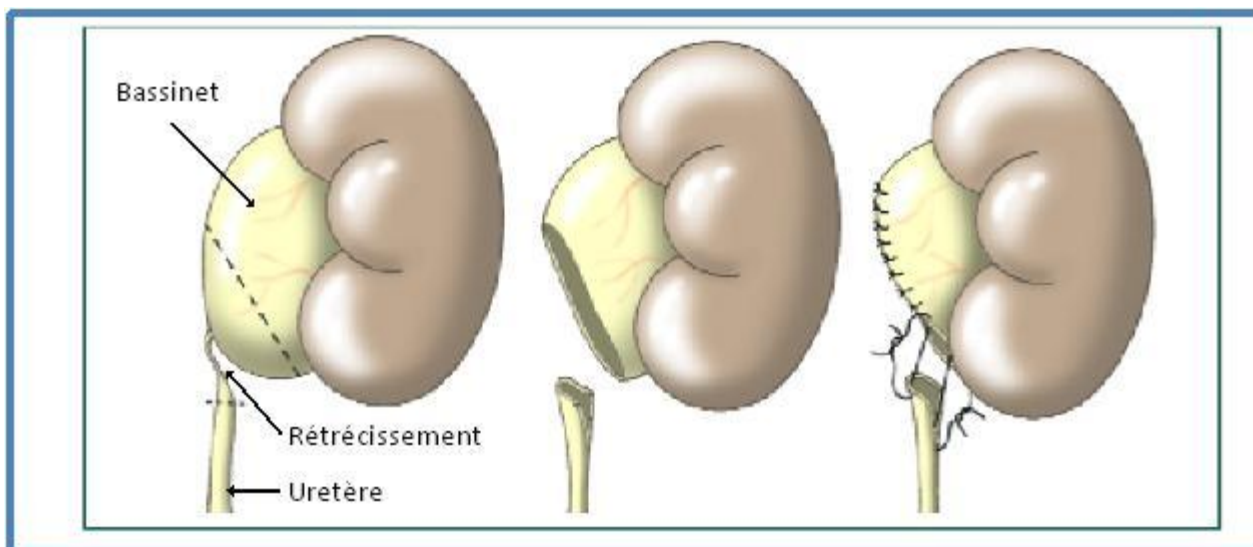


Figure : résection de la jonction et réimplantation de l'uretère dans le bassinet

Suites habituelles

Une sonde urinaire est posée pendant l'anesthésie pour ne pas mettre sous pression la zone de réparation et pour vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil. 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 habituellement autorisé 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 sera défini par le chirurgien.

L'hospitalisation dure entre quelques jours et une semaine selon la technique utilisée et les difficultés opératoires. Une convalescence de quelques semaines peut être 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 pré-opératoire 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.
- 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 postopératoires immédiates :

- Saignement pouvant nécessiter un geste complémentaire : embolisation (oblitération du vaisseau sanguin sous contrôle radiologique) ou reprise chirurgicale.
- Problèmes cardio-vasculaires ou liés à l'anesthésie nécessitant une prise en charge dans un service de soins intensifs. Les causes les plus fréquentes sont les infections pulmonaires, les embolies pulmonaires, les accidents vasculaires cérébraux, les phlébites, les infarctus du myocarde dont les formes les plus sévères peuvent aboutir au décès.
- Pneumothorax (diffusion d'air autour du poumon) nécessitant 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.
- Oblitération 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.
- Possibilité de recours au rein artificiel (dialyse). Ce risque dépend du fonctionnement de l'autre rein, de votre fonction rénale globale, de vos antécédents médicaux et des difficultés du geste chirurgical. Votre urologue vous a exposé votre situation par rapport à ce risque.

- Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
 - Eventration ou éviscération nécessitant habituellement une ré-intervention 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.

Risques à distance :

- Récidive du rétrécissement de l'uretère nécessitant une intervention ultérieure par voie endoscopique ou chirurgicale, voire une ablation du rein.
- Comme dans toute intervention abdominale, des brides peuvent survenir et entraîner des troubles digestifs.
- Déformations de la paroi de l'abdomen au niveau de l'incision pouvant 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.
- Collections liquidiennes ou abcès pouvant 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.
- Le risque de recours définitif au rein artificiel (dialyse) est rare mais dépendant de votre condition médicale préexistante à l'intervention.

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.

Suivi post opératoire

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

- ◆ Vérifier l'absence de récidive du rétrécissement.
- ◆ Surveiller le fonctionnement des reins.
- ◆ Détecter d'éventuelles complications.

La consultation post-opératoire peut nécessiter des examens radiologiques. Si une sonde urétérale a été mise en place, elle est retirée par les voies naturelles lors d'une fibroscopie. D'autres examens radiologiques peuvent être nécessaires lors du suivi à distance.

* 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.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.