

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

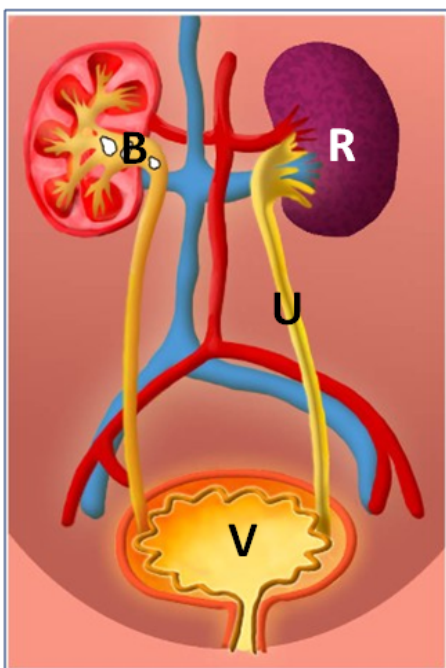
Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la pathologie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous 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 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.

NÉPHROLITHOTOMIE PERCUTANÉE

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.

Le schéma ci-contre vous aidera à situer les différentes parties de l'appareil urinaire.

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 (urétroscopie), 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).
- Chirurgie classique : l'opération nécessite une ouverture large de la peau et de la paroi de l'abdomen pour aborder le rein en entier et retirer de très gros calculs.

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 (acronyme : NLPC). Le choix a été guidé par les recommandations rédigées par l'Association Française d'Urologie.

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 pré-opératoire 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

L'opération se déroule habituellement sous anesthésie générale et sous antibiotique.

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, soit sur le dos, selon les possibilités opératoires et les habitudes du chirurgien. Les cavités du rein sont ponctionnées à travers la peau du dos sous contrôle radiographique ou échographique. Puis 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 en

entier ou fragmenté puis enlevé en plusieurs morceaux s'il est trop volumineux. Dans certains cas plusieurs trajets peuvent être nécessaires.

L'intervention se termine en général par la mise en place d'une sonde dans le rein sortant à travers la peau du dos. Cependant, plusieurs méthodes de drainage sont possibles en fin d'intervention. Votre chirurgien vous les expliquera.

Dans certains cas, une deuxième exploration du rein, par le même trajet, peut être réalisée dans les jours qui suivent l'opération. Cela permet d'extraire des fragments ou calculs restants. Cela prolonge l'hospitalisation de quelques jours.

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

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

- retirer les fils sur la cicatrice
- prise d'antibiotiques qui peuvent vous être prescrits selon la nature du calcul ou en cas d'infection postopératoire
- prise de sang et analyse d'urines (ECBU)
- un contrôle radiographique (cliché d'abdomen sans préparation (ASP), échographie ou scanner).

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

Toute intervention comporte un risque de complications, qui peuvent parfois être graves, tenant non seulement à la maladie dont vous êtes affecté, mais également à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Malgré les contrôles systématiques, le matériel sophistiqué peut tomber en panne ce qui peut faire interrompre le geste ou le reporter.

Des échecs et des complications directement en relation avec la néphrolithotomie percutanée peuvent survenir.

Pendant le geste opératoire :

- Échecs : rares (< 2%)
 - Échec de la mise en place de la sonde urétérale ou issue de pus à partir des urines du rein : ceci impose l'arrêt de l'intervention qui sera reportée
 - Échec de la ponction ou de l'extraction voire de la fragmentation du calcul
- Complications :
 - Blessure du rein ou des cavités rénales : pouvant nécessiter un drainage prolongé
 - Saignement : assez fréquent mais peu abondant. La transfusion sanguine est rarement nécessaire (<2%).
 - Très exceptionnelle (< 1%) blessure d'un organe de voisinage de l'abdomen ou du thorax

Chacune de ces complications peut amener le chirurgien à interrompre l'intervention et à modifier la technique opératoire voire même à réaliser une ouverture chirurgicale. Exceptionnellement, l'ablation du rein peut être nécessaire en cas de risque vital.

Dans les suites opératoires :

Les complications sont rares et peuvent faire prolonger l'hospitalisation :

- Colique néphrétique avec obstruction de l'uretère par un calcul restant, justifiant parfois d'un drainage du rein par une sonde par les voies naturelles (sonde double J) ou directement à travers la paroi du dos (néphrostomie).
- Infection urinaire et/ou du rein justifiant une antibiothérapie.
- Saignement pouvant imposer le prolongement du drainage. Dans de très rares cas une hémorragie peut survenir dans les jours qui suivent le geste. L'arrêt de l'hémorragie nécessite alors un geste radiologique en urgence pour obstruer le vaisseau qui saigne, voire une intervention chirurgicale.
- Fistule urinaire : un écoulement peut persister ou apparaître au niveau de l'orifice de la peau dans le dos. Les urines sortent alors directement du rein vers l'extérieur. Un nouveau drainage par sonde interne, type double J, sous anesthésie générale est nécessaire. La sortie à domicile est reportée.

Après la sortie d'hospitalisation :

- Hémorragie : elle peut survenir dans le mois qui suit l'opération. Alors que les urines étaient claires elles deviennent franchement rouges. Il faut alors revenir en urgence dans le service d'urologie.
- Infection : une infection peut secondairement survenir avec éventuelle fièvre. Vous devrez contacter votre médecin et/ou votre urologue.
- Calcul résiduel : il se peut que des fragments ou calculs n'aient pas pu être extraits. Ces éléments résiduels justifient le suivi par votre urologue et éventuellement la réalisation d'un traitement complémentaire.
- Dilatation des cavités rénales : elle peut être constatée sur les examens de suivi et justifier des gestes complémentaires.

SUIVI POSTOPÉRATOIRE

Quelques semaines plus tard, vous reverrez votre chirurgien en consultation avec le bilan prescrit pour évaluer le résultat. Un traitement complémentaire vous sera éventuellement proposé.

Le résultat de l'analyse du calcul vous sera communiqué et des examens complémentaires vous seront prescrits pour identifier la cause du calcul et prévenir la récurrence.

Une consultation annuelle avec contrôles biologique et radiologique est souvent recommandée.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

AUTRES SOURCES D'INFORMATION

Site Internet Urofrance : <http://www.urofrance.org/>

- * 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.