

Fiche Info-Patient



URETERO-ILEOPLASTIE

Dernière mise à jour : mai 2012

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.

permettre à l'urine produite par le rein d'être drainée jusque dans la vessie et pour traiter vos symptômes.

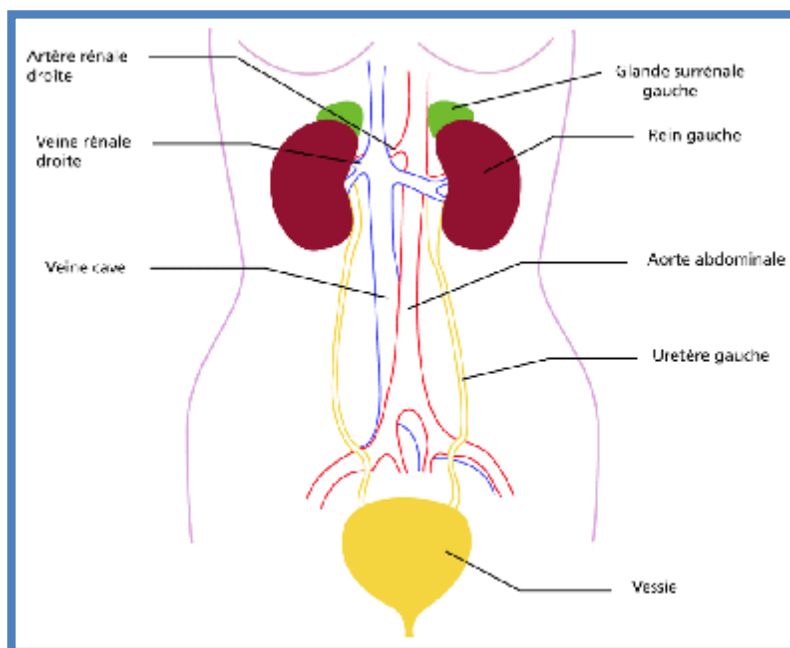
Existe-t-il d'autres possibilités ?

L'urétérectomie (ablation d'un segment d'uretère) est indiquée lorsque les autres possibilités chirurgicales (chirurgie endoscopique) sont non réalisables ou lorsque l'on suspecte une tumeur cancéreuse. Quand le rein n'est plus fonctionnel, son ablation peut être proposée à la place de l'urétérectomie.

Cette intervention est destinée à enlever une partie de l'uretère et à la remplacer par un segment d'intestin grêle (iléon).

Rappel anatomique

L'urine sécrétée par les reins est drainée par les uretères jusqu'à la vessie.



Pourquoi cette intervention ?

Les examens que vous a fait pratiquer votre médecin ont mis en évidence une lésion au niveau du canal de l'uretère. Il peut s'agir d'une plaie du canal responsable d'un écoulement d'urines, d'un rétrécissement (sténose) ou dans certains cas d'une tumeur potentiellement cancéreuse. Cette opération est nécessaire pour

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.

Après l'urétérectomie, il est nécessaire de rétablir la continuité urinaire : si le segment retiré est bas situé ou de petite taille, il est possible de réaliser une suture de l'extrémité de l'uretère ou de la réimplanter dans la vessie. En revanche, lorsque le segment retiré est de grande taille ou situé trop à distance de la vessie, il est indispensable :

- ◆ Soit de trouver un autre canal à interposer à la place du segment d'uretère retiré : un segment d'intestin grêle (iléon) est alors utilisé, c'est la technique d'urétéro-iléoplastie détaillée plus loin. Il est parfois possible d'utiliser un segment de colon (gros intestin) et, lorsque l'utilisation de structures digestives est impossible, il existe des prothèses synthétiques, mais le taux de complications et d'échec de cette méthode la font réserver à de très rares indications.
- ◆ Soit d'enlever le rein pour le greffer à proximité de la vessie et ainsi réduire la distance d'uretère nécessaire (auto-transplantation).

Votre urologue vous a expliqué pourquoi la technique d'urétéro-iléoplastie est la plus adaptée à votre cas particulier par rapport aux autres techniques existantes.

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.

Dans certains cas, l'ingestion d'un liquide de lavement (préparation digestive) est proposée les jours qui précèdent l'intervention, tout comme le respect d'un régime alimentaire sans résidus (interdiction des laitages, pommes de terre, légumes et fruits).

Les urines doivent être stériles pour l'opération : une analyse d'urines est donc réalisée pour vérifier leur stérilité ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à différer la date de votre opération.

Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

Technique opératoire

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

Plusieurs voies d'abord permettent d'accéder à l'uretère: chirurgie classique par une incision ou, plus rarement, chirurgie coelioscopique (vidéochirurgie). Le choix est fait en fonction de la maladie causale, de votre morphologie et des habitudes de votre chirurgien.

Le traitement chirurgical qui vous est proposé consiste en l'ablation de la portion de l'uretère anormal, suivie du rétablissement de la continuité urinaire par une suture (anastomose) entre l'extrémité d'amont de l'uretère restant avec un segment d'intestin (de 10 à 30 cm) prélevé à proximité. L'autre extrémité de ce segment intestinal est ensuite implantée directement dans la vessie. Il faut également rétablir la continuité intestinale en réalisant une suture digestive entre les deux extrémités de l'intestin grêle. L'intestin grêle de l'homme est très long ce qui explique pourquoi il est possible de prélever facilement un segment intestinal de plusieurs dizaines de centimètres. Une sonde urétérale interne ou externe (sortant par un orifice cutané) est mise en place dans l'uretère pendant l'intervention afin de protéger la suture le temps de la cicatrisation ; elle est retirée en consultation quelques semaines plus tard.

En fin d'intervention, un ou plusieurs drains peuvent être mis en place; ils permettent de surveiller les écoulements du site opératoire.

Le segment d'uretère retiré est ultérieurement analysé au microscope (examen anatomopathologique) pour préciser le diagnostic et, en cas de tumeur, définir le pronostic, les éventuels traitements complémentaires et les modalités de surveillance.

Suites habituelles

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques. Un cathéter peut être placé dans la cicatrice pour diminuer les douleurs des premières heures.

Une sonde urinaire a été posée pendant l'anesthésie pour surveiller le bon fonctionnement des reins, assurer l'étanchéité de la suture vésicale le temps de la cicatrisation et pour vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil. Cette sonde est rarement responsable d'un inconfort.

Une sonde gastrique sortant par le nez ou par la bouche peut être nécessaire pendant quelques jours afin de mettre l'intestin au repos ; cette sonde peut être responsable de quelques douleurs dans le nez ou la gorge et de nausées.

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

Vous êtes habituellement autorisé à vous lever dès le lendemain de l'opération. Votre chirurgien prescrit une reprise progressive de l'alimentation adaptée à votre examen clinique (distension abdominale, nausées, reprise du transit intestinal). L'hospitalisation dure environ de sept à dix jours et une convalescence de quelques semaines peut être nécessaire.

Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise des 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.
- Dans certaines situations, il peut être nécessaire d'agrandir l'incision sur l'ensemble de l'abdomen ou de renoncer à l'intervention. Exceptionnellement, en cas d'impossibilité de rétablir la continuité urinaire par une urétéro-iléoplastie, un changement de stratégie chirurgicale peut être décidé par votre urologue qui réalisera une procédure alternative (ablation du rein, auto-transplantation, réimplantation de l'uretère dans l'uretère de l'autre rein, ...).

Dans les suites postopératoires précoces

- 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.
- Infections plus ou moins sévères :
 - Infection urinaire relevant d'un traitement antibiotique.
 - Infection générale avec septicémie pouvant nécessiter des soins intensifs.
 - Infection de la paroi et de la cicatrice pouvant justifier des soins locaux.
- Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
 - Eviscération nécessitant habituellement une ré-intervention.
 - Péritonite post opératoire ou occlusion intestinale pouvant justifier 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.

- Fistule urinaire par mauvaise cicatrisation de la suture. Cette complication peut imposer de garder la sonde vésicale plus longtemps ou entraîner une reprise chirurgicale.
- 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.
- 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.

Risques à distance :

- Récidive ou survenue d'un rétrécissement ou d'une fistule de l'uretère nécessitant des interventions ultérieures.
- Reflux d'urines dans l'uretère lors de la miction : il peut apparaître et entraîner des infections urinaires récurrentes, voire une destruction du rein.
- Stagnation d'urines dans le segment intestinal responsable d'infections rénales, de septicémies, de lithiases ou d'insuffisance rénale.
- Troubles métaboliques (acidose) par réabsorption de l'urine dans le segment intestinal.
- 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, qui 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) séquentielle de l'intervention.
- Collections liquidiennes ou abcès pouvant nécessiter un drainage jusqu'à plusieurs semaines après l'intervention.
- Troubles de la sensibilité cutanée pouvant apparaître le long ou en dessous de la cicatrice.
- Le risque de recours définitif au rein artificiel (dialyse) est rare, mais dépendant de votre condition médicale préexistante à l'intervention.
- En cas de tumeur cancéreuse : récurrence de la maladie sur le site d'exérèse de la tumeur, dans un autre segment de l'uretère, dans les tissus de voisinage ou sur la cicatrice.

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 récurrence du problème initial (rétrécissement, fistule, tumeur, etc.).
- ◆ 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 du segment d'uretère retiré. L'étude de votre fonction rénale et le bon fonctionnement de votre dérivation urinaire conditionneront la fréquence et les modalités de votre suivi, qui repose sur une surveillance clinique associée à des examens biologiques et radiologiques.

* 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.