

FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN : AVANT 2012
DERNIERE MISE A JOUR : NOVEMBRE 2018

FICHE REMISE LE/...../.....

PAR DR

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site : www.urologie-santé.fr

URÉTÉRO-ILÉOPLASTIE

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

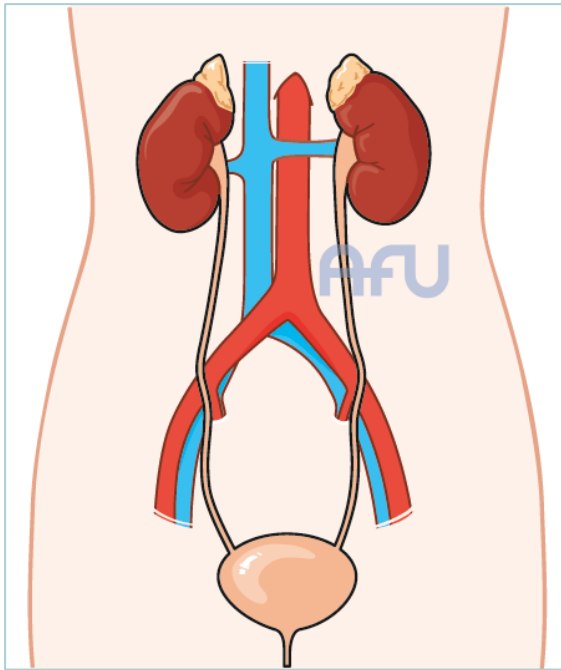
Cette intervention est destinée à remplacer une partie de l'uretère par un segment d'intestin grêle (iléon).

— 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 demandés par votre médecin ont mis en évidence une lésion de l'uretère. Il peut s'agir d'une plaie ou d'une déchirure responsable d'un écoulement d'urines, d'un rétrécissement (sténose) ou dans certains cas d'une tumeur potentiellement cancéreuse. Cette opération est nécessaire pour 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'urétéro-iléoplastie est justifiée lorsqu'il n'est pas possible de conserver une longueur suffisante d'uretère fonctionnel pour assurer l'écoulement des urines du rein à la vessie.

Quand le rein n'est plus fonctionnel, son ablation peut être proposée.

Quand le rein est fonctionnel et que le segment d'uretère retiré est de grande taille ou situé trop à distance de la vessie, il est indispensable :

- Soit d'interposer un segment d'intestin grêle (iléon) à la place du segment d'uretère retiré : c'est la technique d'urétéro-iléoplastie.
- Soit d'enlever le rein pour le greffer à

proximité de la vessie et ainsi réduire la distance d'uretère nécessaire (auto-transplantation)

- Dans de très rares cas une prothèse d'uretère peut être utilisée à la place de l'urétéro-iléoplastie.

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

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste. En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

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

Il est impératif de signaler à votre urologue et à l'anesthésiste vos antécédents médicaux, chirurgicaux, allergiques et vos traitements en cours, en particulier anticoagulants oraux ou injectables ou antiagrégants (aspirine, clopidogrel, anti vitamine K...). Leur utilisation augmente le risque de saignement lors de l'intervention. Ce traitement pourra être adapté et éventuellement modifié avant l'intervention. Un examen d'urine est nécessaire 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 par voie coelioscopique avec ou sans assistance robotique. Le choix est fait en fonction de la maladie causale, de votre morphologie et des habitudes de votre chirurgien.

L'intervention consiste au remplacement de la

portion de l'uretère anormal associé ou non à son ablation, par un segment d'intestin appelé iléon (de 10 à 30 cm). Il faut également rétablir la continuité intestinale en réalisant une suture digestive entre les deux extrémités de l'iléon. Une sonde interne ou externe (sortant par un orifice cutané) est mise en place 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 éventuellement 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

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

La douleur post-opératoire est prise en charge par l'administration d'antalgiques. Un cathéter peut être placé dans la cicatrice pour diminuer les douleurs des premières heures.

Vous êtes habituellement autorisé à vous lever et à vous réalimenter de manière précoce.

L'ablation du ou des drains et de la sonde urinaire est définie par le chirurgien.

La durée d'hospitalisation est variable 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.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

LES COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE SONT :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares voire exceptionnelles.

LES COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES À L'INTERVENTION SONT PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

↳ Pendant le geste opératoire

- 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 (ablation du rein, auto-transplantation, réimplantation de l'uretère dans l'uretère de l'autre rein, ...).
- Blessure des organes de voisinage (foie, rate, tube digestif, pancréas, diaphragme, nerfs...) pouvant nécessiter un geste complémentaire chirurgicale, parfois l'appel à une autre équipe chirurgicale. Cette complication peut exceptionnellement entraîner des séquelles ou un décès.
- Blessure d'un vaisseau sanguin responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang ou un geste de réparation vasculaire complémentaire. Cette complication peut exceptionnellement entraîner des séquelles ou un décès.

- Un changement de voie d'abord peut être nécessaire en fonction des conditions techniques (ouverture de l'abdomen).

↳ Dans les suites postopératoires précoces

- 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.
- Risque d'infection (site opératoire, paroi, urines, poumon, site de perfusion) pouvant justifier un geste complémentaire radiologique ou chirurgical. Cette complication peut exceptionnellement entraîner des séquelles ou un décès.
- 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.
- Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
 - Fistule digestive et péritonite. Cette complication peut exceptionnellement entraîner des séquelles ou un décès.
 - Eventration ou éviscération nécessitant habituellement une ré-intervention et dans des cas exceptionnels, la réalisation d'une stomie digestive temporaire (anus artificiel). Cette complication peut exceptionnellement entraîner des séquelles ou un décès.
 - Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

↳ Risques à distance

- Sténose ou fistule de la voie excrétrice en regard de la zone opérée pouvant nécessiter une nouvelle intervention
- 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) séquelle de l'intervention.
- Troubles métaboliques
- Dysfonction du rein du côté opéré
- L'insuffisance rénale chronique
- L'hypertension artérielle
- Des collections liquidiennes ou des abcès peuvent nécessiter un drainage plusieurs semaines après l'intervention.
- Des troubles de la sensibilité cutanée pouvant apparaître le long ou en dessous de la cicatrice.
- Des 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.
- La récurrence 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.

SUITES D'INTERVENTION

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Après l'intervention, il vous est conseillé d'éviter tout effort ou déplacement important dans le premier mois suivant l'intervention. Les urines peuvent être épaissies par du mucus provenant de l'urétéro-iléoplastie. Les ordonnances remises à la sortie peuvent comprendre des soins ainsi que l'injection quotidienne d'un anti-coagulant. Le maintien d'un traitement anticoagulant est nécessaire

après votre hospitalisation pour prévenir le risque de phlébite. Le port des bas de contention peut être souhaitable au moins 10 jours après l'intervention.

Un courrier est adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé.

La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale dépendent de votre état physique et du geste réalisé. Vous discuterez avec votre urologue de la date de reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

Une consultation post opératoire est programmée avec votre urologue afin de vous informer du résultat de l'examen microscopique de votre tumeur rénale.

PRÉCAUTIONS

↳ Prévention d'une phlébite et embolie pulmonaire

L'alitement et l'absence de mouvement des membres inférieurs favorisent la stase veineuse. Des douleurs dans une jambe, une sensation de pesanteur ou une diminution du ballonnement du mollet doivent faire évoquer une phlébite. Il est donc nécessaire de consulter un médecin en urgence.

Afin d'éviter la survenue d'une phlébite, il est conseillé de suivre les recommandations : contractions régulières et fréquentes des mollets, mouvements des pieds, surélévation des jambes et suivant la prescription de votre médecin, port de bas de contention.

En cas de douleur thoracique, de point de côté, de toux ou d'essoufflement, il est nécessaire de consulter en urgence car ces signes peuvent être révélateurs d'une embolie pulmonaire. Contactez alors immédiatement votre médecin traitant ou votre urologue ou le service des urgences le plus proche en téléphonant au Centre 15.

↳ Cicatrisation

Les incisions sont des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. Si une cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer cette cicatrice à votre chirurgien ou

votre médecin traitant.

La cicatrisation cutanée s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre. Certains fils de suture sont résorbables et d'autres seront retirées par une infirmière suivant la prescription médicale de sortie.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme. Le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines.

Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

Les cicatrices ne doivent pas être exposées au soleil pendant 1 an.

↳ Des troubles du transit intestinal

Après une intervention abdominale, le retour au transit digestif parfaitement normal peut nécessiter quelques semaines. Des troubles du transit sont fréquents. Une période de plusieurs jours sans selle n'est pas un signe inquiétant. A l'opposé, l'absence de gaz, des nausées ou des vomissements nécessitent une consultation en urgence (risque d'occlusion).

Pour faciliter la reprise d'un transit normal, il est conseillé de :

- Manger de petites quantités à chaque repas en mastiquant lentement
- Prendre ses repas assis, dans le calme
- Arrêter de manger dès les premiers tiraillements digestifs
- Ne pas trop boire en mangeant, mais boire suffisamment entre les repas
- Manger équilibré et le plus varié possible pour éviter les carences nutritionnelles
- Respecter un apport suffisant en protéines (viandes, œufs, poissons, produits laitiers...)
- Eviter les abus de boissons gazeuses, les sauces et les fritures, ainsi que les sucreries et les aliments gras.

SIGNES QUI PEUVENT SURVENIR ET CONDUITE À TENIR

↳ Ces situations nécessitent une consultation **URGENTE** auprès de votre urologue ou de votre médecin traitant.

- Des sueurs, un essoufflement, des palpitations et / ou une pâleur cutanée
- Des urines très sanglantes
- Des douleurs intenses du côté opéré ou de l'abdomen
- Un écoulement abondant par la cicatrice

↳ Ces situations nécessitent une consultation **RAPIDE** auprès de votre urologue ou de votre médecin traitant.

- Une fatigue inhabituelle
- Des douleurs musculaires
- Une fièvre
- Des douleurs des épaules
- Des douleurs au niveau de la plaie
- Une sensation persistante de pesanteur du côté opéré, des troubles du transit intestinal ou de la fièvre

Il vous est recommandé de boire abondamment. Les urines peuvent contenir un peu de sang pendant quelques jours.

Questions pratiques

▪ Comment puis-je me laver ?

Dès votre retour à domicile, vous pouvez prendre une douche.

▪ Puis-je faire du sport ?

La reprise de vos activités est possible 1 à 3 mois après l'intervention.

▪ Puis-je conduire après l'intervention ?

Certains médicaments contre les douleurs peuvent entraîner une somnolence qui peut ne pas être compatible avec la

conduite. La conduite d'un véhicule personnel est possible selon l'accord de votre chirurgien.

▪ Puis-je voyager ?

Les voyages sont possibles selon l'accord de votre chirurgien.

▪ Quand puis-je reprendre une activité sexuelle ?

La reprise d'une activité sexuelle est possible dès que votre état général le permet.

Il est difficile de répondre ici à toutes vos questions, n'hésitez pas à contacter votre urologue ou votre médecin traitant.

Les informations qui vous sont données ci-dessus concernent les suites opératoires classiques avec les effets secondaires indésirables les plus fréquents. Ce document n'est pas exhaustif. Certains risques y compris vitaux peuvent tenir à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles.

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

Le suivi dont vous ferez l'objet après l'intervention répond aux objectifs de :

- 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 en cas de tumeur. La sonde urétérale est retirée sous anesthésie locale. L'ensemble de ces éléments conditionne la fréquence et les modalités de votre surveillance.

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. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

↘ Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne **Tabac-Info-Service au 3989** ou par internet : **tabac-info-Service.fr**, pour vous aider à arrêter.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé publique (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **urétéro-iléoplastie**.

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site urologie-santé.fr
L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin....) :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse :

.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne