

fiche info patient

FICHE REMISE LE

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

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE : AVANT 2012

DERNIERE MISE A JOUR : MAI 2024

NÉPHRECTOMIE PARTIELLE / TUMORECTOMIE RÉNALE

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 exposés 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.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/

**Votre urologue se tient
à votre disposition
pour tout renseignement.**

Cette intervention est destinée à retirer uniquement la partie de votre rein qui est le siège d'une tumeur (ou - dans des situations plus rares – une lésion non tumorale : infection chronique, malformation etc), en conservant la partie saine.

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.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Les examens demandés par votre médecin ont mis en évidence une anomalie morphologique ou une tumeur du rein. En cas de tumeur, la réalisation d'une biopsie tumorale permet d'orienter sur son caractère bénin ou malin. La biopsie n'est pas systématique ; votre chirurgien vous a expliqué pourquoi il juge opportun de la réaliser ou pas dans votre cas. La taille de la tumeur et sa localisation permettent d'envisager de conserver une partie du rein ; ainsi, le traitement chirurgical qui vous est proposé consiste à enlever la partie du rein, où se trouve la tumeur. Cette opération est nécessaire car, en l'absence de traitement, cette tumeur qu'elle soit bénigne ou maligne peut grossir, saigner et donner des douleurs ; voire s'il s'agit d'un cancer vous exposer au risque de progression (métastases, décès).

EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

Certaines petites tumeurs peuvent être surveillées ou traitées par des techniques dites ablatives, qui consistent à détruire la tumeur par l'application de froid (cryothérapie), de chaleur (radiofréquence, micro-ondes) ou de rayonnement ionisant (radiothérapie). Cependant, ces techniques qui ne

réalisent pas l'exérèse de la tumeur sont réservées pour des indications spécifiques. Votre urologue vous a expliqué pourquoi il vous propose une néphrectomie partielle / tumorectomie.

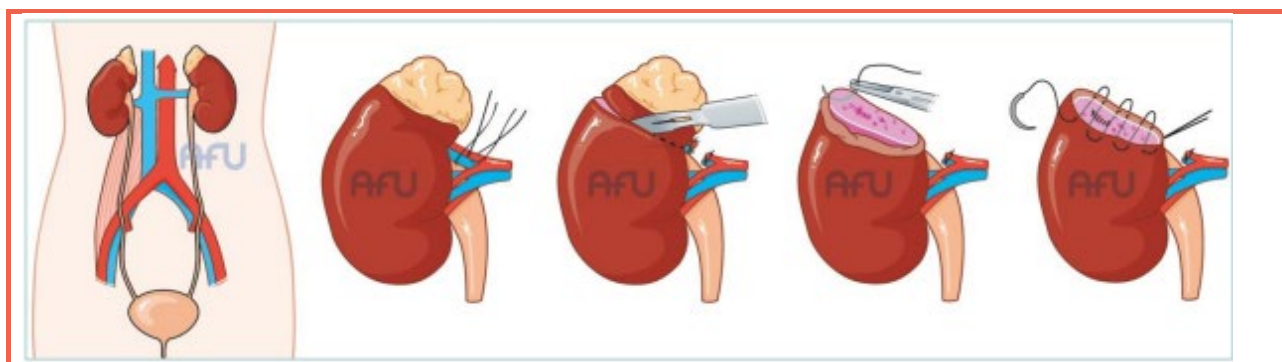
PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui sera personnalisée. 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, antivitamin K...). Leur utilisation augmente le risque de saignement lors de l'intervention. Ce traitement pourra être adapté et éventuellement modifié avant l'intervention.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Plusieurs voies d'abord permettent d'accéder au rein :

- Une incision sur le flanc, du côté de la tumeur (lombotomie) ou une incision sur l'abdomen, sous les côtes (sous-costale).
- Une voie mini-invasive coelioscopique avec ou sans assistance robotique



Le choix est fait en fonction de la localisation de la tumeur, de votre morphologie, de vos antécédents et des habitudes de votre chirurgien. Il est possible :

- Qu'une sonde soit mise en place dans l'uretère au cours de l'intervention (en cas d'ouverture des cavités urinaires),
- Que la voie d'abord soit modifiée pendant l'intervention en raison de difficultés et que la chirurgie débutée en coelioscopie soit terminée par voie ouverte,
- Que l'intervention soit convertie en néphrectomie totale (totalisation) si la néphrectomie partielle s'avère impossible ou en cas de saignement important.

Le geste chirurgical consiste à enlever la tumeur en préservant la partie saine du rein. Dans la plupart des cas, la circulation sanguine du rein doit être interrompue momentanément par un clamage (occlusion temporaire des vaisseaux du rein), le temps de l'exérèse de la tumeur. En fin d'intervention, des drains peuvent être mis en place. Ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire. La pièce opératoire, retirée lors de l'intervention, est secondairement analysée au microscope lors de l'examen anatomopathologique. Cet examen est important pour décider des suites de votre prise en charge : surveillance et détermination du rythme de surveillance, reprise chirurgicale, immunothérapie ... Cette analyse peut prendre du temps (2 à 4 semaines) raison pour laquelle vous revoyez votre chirurgien dans le mois qui suit l'intervention, pour remise des résultats.

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. Ces ablations ne sont qu'exceptionnellement douloureuses. 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 préopératoire 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 du site opératoire, infection généralisée (sepsis)
- 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.

Elles sont listées ci-dessous par ordre de fréquence

Pendant le geste opératoire

- Blessure des organes de voisinage (foie, rate, tube digestif, glande surrénale, pancréas, diaphragme, nerfs...) pouvant nécessiter un geste complémentaire, un changement de voie d'abord, l'intervention d'autres chirurgiens. Les décès restent exceptionnels mais possibles.
- Blessure d'un vaisseau sanguin responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang ou un geste de réparation vasculaire complémentaire ou une conversion de la chirurgie en néphrectomie totale (totalisation).
- Conservation du rein impossible ou à risque : dans ce cas, votre chirurgien prend la décision de réaliser une néphrectomie totale, c'est-à-dire l'ablation du rein dans sa totalité.

- Absence de revascularisation du rein lors de sa remise en circulation pouvant justifier l'ablation du rein en totalité.
- Blessure de l'uretère pouvant nécessiter la pose d'une sonde urétérale.
- Possibilité d'un geste plus complexe en raison de la découverte pendant l'intervention d'autres anomalies sur le rein (2ème tumeur) ou d'adhérences inhabituelles.
- Un changement de voie d'abord peut être nécessaire en fonction des conditions techniques (ouverture de l'abdomen).

Dans les suites postopératoires précoces

- Risque d'infection (site opératoire, paroi, urines, poumon, site de perfusion) pouvant justifier un geste complémentaire radiologique ou chirurgical.
- Saignement pouvant nécessiter un geste complémentaire : embolisation (oblitération du vaisseau sanguin sous contrôle radiologique), une transfusion 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.
- Risque de pneumothorax (diffusion d'air autour du poumon) pouvant justifier la mise en place d'un drain thoracique.
- Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
 - Infection abdominale par fistule digestive nécessitant une intervention chirurgicale en urgence.
 - 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.
- Oblitération secondaire 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 hors du rein, pouvant se collecter dans l'abdomen ou s'extérioriser 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 de fistule artério-veineuse nécessitant une radio embolisation sélective ou une ablation du rein en urgence. Cette complication est exceptionnelle mais potentiellement mortelle.
- En cas de néphrectomie partielle sur rein unique ou dans un contexte d'insuffisance rénale chronique sévère, une dialyse post-opératoire temporaire peut être nécessaire.
- En cas de néphrectomie totale sur rein unique, nécessité de dialyse post opératoire définitive.

Risques à distance

- 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) séquellaire de l'intervention.
- 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.
- Le risque de recours provisoire ou définitif au rein artificiel (dialyse).
- 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 ordonnances remises à la sortie peuvent comprendre des soins ainsi que l'injection quotidienne d'un anti-coagulant. Le maintien d'un traitement anticoagulant peut être nécessaire après votre hospitalisation pour prévenir le risque de phlébite. Le port de bas de contention peut être nécessaire selon vos antécédents. 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 et/ou anticoagulation préventive. 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

Sauf consigne contraire de votre chirurgien, 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. Il est conseillé de ne pas prendre de bain jusqu'à cicatrisation complète.

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.

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

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

- 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 de la tumeur, du stade et du pronostic de votre maladie. L'ensemble de ces éléments conditionne la fréquence et les modalités de votre surveillance qui reposera sur une surveillance clinique associée à des examens biologiques et radiologiques. En cas de cancer confirmé et selon l'analyse de la pièce opératoire, un traitement complémentaire par immunothérapie dit « traitement adjuvant » pourra vous être proposé par votre urologue.

Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations. Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site :

<https://www.urofrance.org/espace-grand-public/>

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 physiques. 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](http://tabac-info-service.fr)**

pour vous aider à arrêter.

Consentement éclairé

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (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 : **néphrectomie partielle / tumorectomie rénale.**

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 www.urofrance.org/espace-grand-public/

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