

fiche info patient

FICHE REMISE LE

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

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE :
AVANT 2012
DERNIERE MISE A JOUR :
JUN 2024

TRANSPLANTATION 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 renvoyez 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, renvoyez 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 vous implanter un rein (appelé transplant ou greffon rénal) préalablement prélevé sur un donneur.

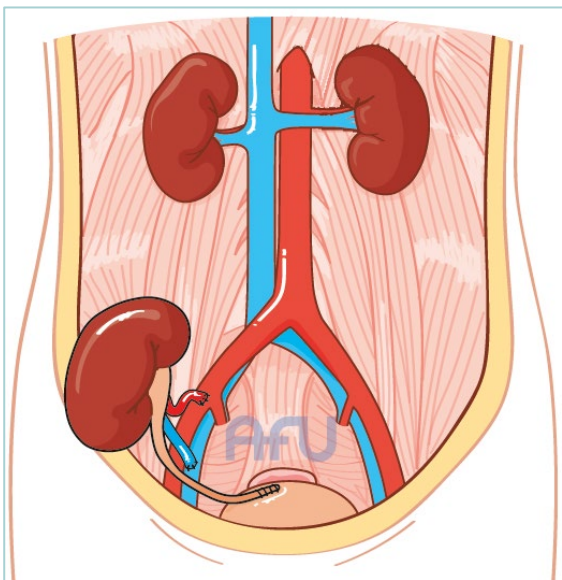
RAPPEL ANATOMIQUE

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.

Il stimule également la production de globules rouges. Les reins sont habituellement au nombre de deux.

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 ces fonctions.



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les examens demandés par votre médecin ont mis en évidence une insuffisance rénale terminale ou pré-terminale : vos reins ne peuvent plus ou ne pourront bientôt plus assurer leur fonction d'épuration.

Le traitement chirurgical qui vous est proposé consiste en la mise en place dans la fosse iliaque d'un rein issu d'un donneur décédé anonyme ou d'un donneur vivant parmi vos proches.

Vos reins propres bien que ne fonctionnant plus seront laissés en place sauf indication particulière.

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

La transplantation rénale n'est pas le seul traitement de l'insuffisance rénale terminale.

L'hémodialyse ou rein artificiel (épuration du sang par une machine raccordée par une fistule artérioveineuse) et la dialyse péritonéale (épuration par un cathéter posé dans la cavité abdominale) permettent aussi mais incomplètement d'assurer une fonction rénale.

Parce qu'elle remplace complètement le rein, la transplantation rénale est pour un bon nombre de patients dialysés la méthode qui permet la meilleure qualité de vie et la meilleure espérance de vie

Votre urologue et votre néphrologue vous ont expliqué pourquoi ils vous proposent une transplantation.

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.

Si votre bilan de santé le permet, et avec votre accord, vous serez inscrit(e) sur une liste nationale d'attente de transplantation rénale.

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.

Une évaluation chirurgicale régulière par votre urologue transplantateur est aussi indispensable : elle vise à connaître précisément l'état de vos vaisseaux ainsi que celui de votre bas appareil urinaire (vessie, urètre, ainsi que la *prostate* chez l'homme).

Un urologue transplantateur sera amené à réaliser votre intervention.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

Plusieurs voies d'abord permettent de transplanter un rein. Le choix ainsi que le côté sera fait en fonction de l'état de vos vaisseaux sanguins, de vos antécédents chirurgicaux ainsi que des habitudes de l'équipe chirurgicale de transplantation.

Le transplant rénal sera d'abord inspecté et préparé par le chirurgien transplantateur. Le transplant sera raccordé à vos propres vaisseaux et son urètre raccordé à votre appareil urinaire. Vous pourrez ainsi uriner normalement.

Pour surveiller le bon fonctionnement du transplant et assurer la cicatrisation de la vessie, une sonde urinaire est mise en place pendant l'anesthésie. Une deuxième sonde reliant le transplant à la vessie (sonde double J) peut aussi être mise en place.

En fin d'intervention, des drains peuvent être mis en place. Ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.

SUITES HABITUELLES, RETOUR À DOMICILE

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 pour le joindre, en cas de difficulté à le joindre faite le 15.

Pour surveiller le bon fonctionnement du rein restant et vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil, une sonde urinaire est 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.

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

Vous débuterez dès la transplantation un traitement anti-rejet qu'il vous faudra poursuivre au long cours.

La durée d'hospitalisation est variable et une convalescence de quelques semaines est nécessaire.

Vous discuterez avec votre chirurgien et/ou votre néphrologue de la date de reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

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 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 et votre néphrologue de la date de reprise de vos

activités et du suivi après l'opération.

Une consultation post opératoire est programmée avec votre urologue pour organiser le retrait de la sonde double J.

► 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 ballotement 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 peut être retardée par les traitements anti-rejet. 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. Les fils de suture et/ou agrafes 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...)
- Éviter 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 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, de votre néphrologue ou de votre médecin traitant.

- Une fatigue inhabituelle
- Des douleurs musculaires
- 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. Les sports violents sont déconseillés en raison du risque de traumatisme du transplant.

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 néphrologue.

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 toute vos questions, n'hésitez pas à contacter votre urologue, votre néphrologue 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-OPÉATOIRE

Le suivi dont vous ferez l'objet après l'intervention a pour objectif :

- Surveiller le fonctionnement du transplant.
- Détecter d'éventuelles complications.

Le principal suivi sera assuré par le néphrologue.

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

- Blessure des organes de voisinage (tube digestif) pouvant nécessiter un geste complémentaire.
- Blessure d'un vaisseau sanguin responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang ou un geste de réparation vasculaire complémentaire.
- Possibilité d'un geste plus complexe en raison de la découverte pendant l'intervention d'autres anomalies ou d'adhérences inhabituelles.


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) ou reprise chirurgicale.
- Fistule urinaire
- Thrombose des vaisseaux du transplant pouvant justifier une réintervention voire l'ablation du transplant
- La non reprise de fonction du transplant pouvant justifier d'une dialyse.
- 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.
 - 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

- Des collections liquidiennes (lymphocèle) ou des abcès pouvant nécessiter un drainage ou une réintervention.
- Sténose de l'artère du transplant.
- Sténose de la voie urinaire pouvant nécessiter un drainage ou une réintervention.
- 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.
- 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 initiale sur le transplant.

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

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 : **transplantation 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