

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

RÉIMPLANTATION URÉTÉRALE SUR VESSIE PSOÏQUE

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

L'intervention proposée a pour objectif de permettre le rétablissement de la perméabilité d'un uretère altéré ou comprimé dans sa portion pelvienne (1/3 inférieur).

— 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. L'urine fabriquée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie où elle est stockée entre deux mictions. La vessie est l'organe qui stocke

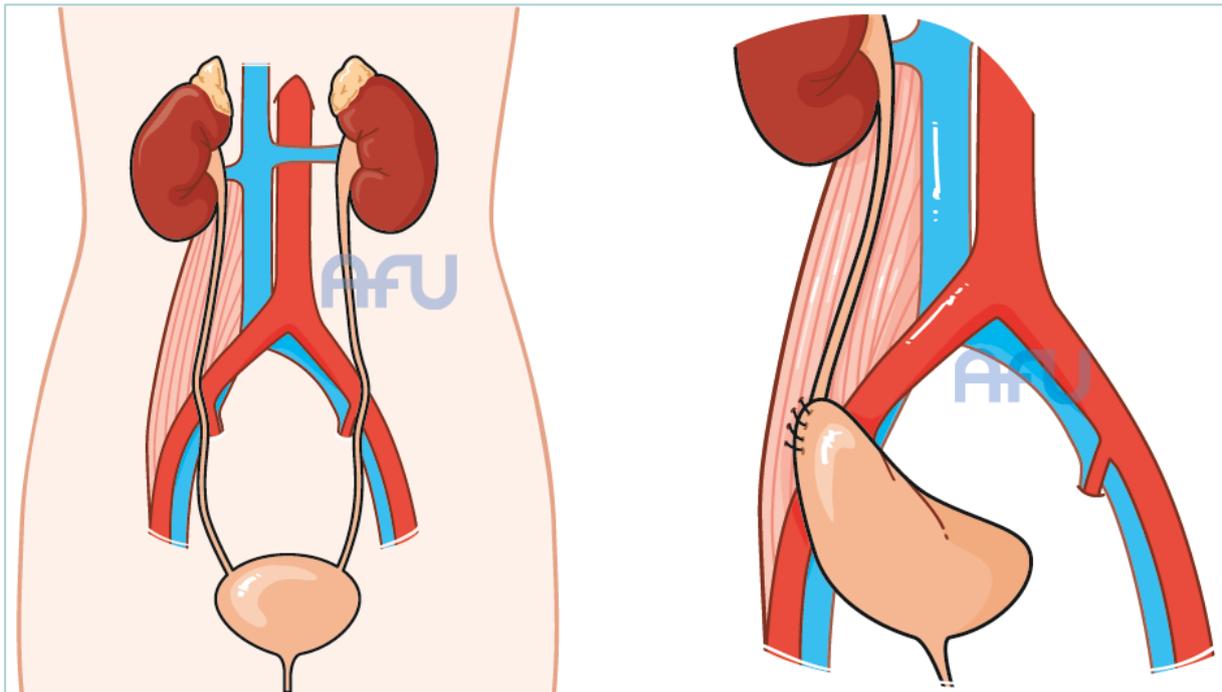
les urines entre chaque miction (action d'uriner).

LA MALADIE

Le canal de l'uretère peut être altéré ou comprimé pour plusieurs raisons (compression extérieure, calcul, rétrécissement après un traumatisme, fistule...). Il en résulte une difficulté d'écoulement des urines du rein vers la vessie. Ceci peut entraîner des douleurs, des infections ou à terme un mauvais fonctionnement du rein.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Elle consiste à enlever la portion d'uretère non fonctionnel et recoudre l'uretère sain sur la vessie.



EXISTE-T'IL D'AUTRES OPTIONS ?

Le traitement du rétrécissement de l'uretère peut dans certains cas se faire par voie endoscopique.

Il est parfois possible de supprimer la zone rétrécie et de suturer l'uretère sur lui-même si le rétrécissement est plus court que prévu.

Une sonde double J, changée régulièrement, peut rester en place à demeure lorsqu'une réparation n'est pas envisagée.

Dans les situations complexes, on peut envisager l'auto-transplantation rénale ou l'abandon de l'uretère au profit d'une prothèse ou de

l'utilisation d'intestin grêle pour reconstituer un nouveau conduit.

Lorsque le rein est déjà détruit, une néphrectomie (ablation du rein) peut-être proposée.

La stratégie thérapeutique pour la prise en charge de ce type de situation rare est difficile à définir et il est parfois nécessaire pour le chirurgien de s'adapter pendant l'opération.

PRÉPARATION SPÉCIFIQUE 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.

L'intervention peut se dérouler sous anesthésie générale. Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation de pré-anesthésie est obligatoire quelques jours avant l'opération. Une analyse d'urines est prescrite avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection. Une infection urinaire non traitée conduit à différer la date de votre opération.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La voie d'abord est se fait par une incision de l'abdomen ou une coelioscopie assistée ou non par robot.

L'intervention consiste à :

- Libérer le canal de l'uretère rétréci et le sectionner au-dessus du rétrécissement.
- Libérer la vessie et la faire monter du côté où l'uretère a été libéré.
- Fixer la vessie à la paroi de façon à ce qu'elle reste en place définitivement.
- Implanter l'uretère à l'intérieur de la vessie en créant un mécanisme permettant d'éviter le reflux d'urine vers le rein concerné.

Une sonde urétérale est habituellement mise en place extériorisée ou non (sonde JJ). La vessie est refermée et une sonde vésicale est posée. Le site de l'opération est parfois drainé par un ou plusieurs drains sortant de l'abdomen.

SUITES HABITUELLES ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Au réveil, vous pouvez être porteur d'un ou plusieurs drains, d'une sonde urinaire et d'une sonde urétérale. La douleur liée à l'intervention

sera combattue par des médicaments. L'équipe médicale vous donnera les consignes de reprise de l'alimentation et de lever. Le moment de l'ablation du ou des drains/sondes est variable et définie par le chirurgien.

La durée d'hospitalisation est habituellement de quelques jours. Une convalescence de quelques semaines est nécessaire. Un courrier récapitulatif sera adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé.

L'incision est une porte d'entrée pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale.

La cicatrisation s'effectue en plusieurs jours.

Des soins locaux à domicile peuvent être prescrits.

Les bains sont déconseillés jusqu'à ce que la cicatrisation complète soit obtenue. Les douches sont en revanche possibles en protégeant la zone opératoire et la séchant attentivement par tamponnement.

Les fils sont souvent résorbables et disparaîtront spontanément en 2 ou 3 semaines sans ablation. Si besoin, l'ablation des fils ou des agrafes sera réalisée par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si l'ouverture est superficielle (sans écoulement important), il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous traitement par corticoïdes). En cas d'ouverture large de la cicatrice ou de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement votre urologue.

Il vous sera demandé de porter des bas de contention et recevoir une injection d'anticoagulant quotidienne pour une durée minimale de 10 jours afin de prévenir tout risque de phlébite ou d'embolie pulmonaire.

Une ceinture de contention abdominale peut vous être prescrite.

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 :

↳ Pendant l'opération

- La réparation de l'uretère peut ne pas être possible et le chirurgien peut être amené à changer de stratégie thérapeutique et à utiliser une des options décrites plus haut.
- Risque de blessure des organes adjacents (tube digestif, vaisseaux...) nécessitant une réparation chirurgicale immédiatement, avec si nécessaire l'aide d'une autre équipe chirurgicale. Les risques de décès sont exceptionnels.

↳ Après l'intervention

- Trouble du transit : comme pour toute chirurgie abdominale, un retard à la reprise du transit, voire une occlusion nécessitant une réintervention, peuvent survenir dans les jours voire années qui suivent la chirurgie.
- Infections : une infection urinaire ou du site opératoire. En cas de brûlures urinaires persistantes, d'urines troubles, de fièvre, de difficultés importantes pour uriner, de douleurs importantes ou d'écoulement au niveau du site opératoire, vous devez consulter votre médecin traitant ou votre urologue. Ces infections peuvent être très grave et potentiellement mortelles.
- Hématome pelvien ou de la paroi abdominale.
- Hématurie : la présence de sang dans les urines en quantité importante ou avec caillots peut nécessiter la pose d'une sonde urinaire avec décaillotage et une nouvelle hospitalisation
- Défaut de cicatrisation de la vessie : la suture peut ne pas être étanche ou mal cicatriser à l'origine d'une fuite d'urine. Dans certains cas, elle peut se chroniciser devenant alors une fistule. Ces situations nécessitent le maintien prolongé d'une sonde urinaire et dans certains cas une ré-intervention.
- Sténose urétérale : dans certains cas, elle peut récidiver et motiver une nouvelle intervention
- Reflux vésico-urétéral : peut être source de douleurs ou d'infections et peut motiver une nouvelle intervention

SUIVI POST OPÉRATOIRE

Vous serez revu en consultation post-opératoire afin de surveiller l'absence de complication et de programmer la suite de la prise en charge.

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 : **vessie proïque**.

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