

REIMPLANTATION URETERO-VESICALE

Cette fiche a été rédigée pour répondre aux nouvelles obligations légales d'information des patients avant de pratiquer un acte à visée diagnostique et / ou thérapeutique.

La jurisprudence demande que tout médecin puisse faire la preuve que cette information a été délivrée.

C'est la raison d'être de ce document.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et, comme le veut la législation, les risques et les complications possibles, même de survenue exceptionnelle.

Votre urologue vous a expliqué la pathologie 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.

REIMPLANTATION URETERO-VESICALE

POURQUOI CETTE INTERVENTION

Les symptômes que vous présentez ainsi que les examens que vous venez de réaliser indiquent que vous présentez une anomalie de la jonction urétéro-vésicale (rétrécissement ou reflux des urines vers le rein).

Cette anomalie, si elle n'est pas traitée, expose à certaines complications spécifiques : douleur, infections urinaires récidivantes parfois gravissimes, dégradation progressive de la fonction du rein en cause.

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITES

Un traitement chirurgical endo-urologique par voie endoscopique peut être proposé. En cas de contre-indication ou en cas d'échec de ce dernier, la voie chirurgicale conventionnelle doit être proposée.

Ne pas se faire traiter expose aux complications spécifiques décrites précédemment.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à repousser la date de l'opération.

En prévention d'une infection, vous recevrez une dose d'antibiotique au début de l'opération.

L'opération ne peut se dérouler que sous anesthésie générale.

TECHNIQUE OPERATOIRE

De nombreuses techniques ont été décrites pour réaliser cette intervention. Le choix de la technique dépend du type d'anomalie initiale, de l'objectif de la réimplantation et souvent de l'état général ou de la morphologie du patient.

L'incision cutanée peut être soit horizontale au dessus du pubis, soit verticale entre pubis et ombilic soit oblique au niveau du flanc.

La technique consiste en une dissection minutieuse de l'uretère, soit par voie trans-vésicale, soit par voie extra-vésicale, et en une réimplantation de l'uretère dans la vessie selon une technique anti-reflux.

Une sonde vésicale ainsi qu'une sonde dans l'uretère traitée sont systématiquement mises en place. Des drains de redon servant à aspirer les différentes sécrétions sont également disposés à différentes places.

SUITES HABITUELLES

Un traitement antalgique est systématiquement instauré pour votre confort après l'intervention.

Les drains de redon sont enlevés au bout de quelques jours, la sonde vésicale au bout de 5-6 jours et la sonde urétérale au bout de 10 jours. Si la sonde urétérale est une sonde interne (dite double J) est sera enlevée plusieurs jours après votre retour à domicile par cystoscopie et sous anesthésie locale. Naturellement, ces durées ne sont qu'indicatives et peuvent être modifiées.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie, mais également à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles.

Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelles et peuvent parfois n'être pas 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 prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu.

Certaines complications sont liées à l'anesthésie et à votre état général; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste et sont possibles dans toute intervention chirurgicale. Il s'agit principalement du risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.

RISQUE VITAL : EXCEPTIONNEL

COMPLICATIONS PRECOCES

COMPLICATIONS FREQUENTES

- saignement modéré
- infection urinaire

COMPLICATIONS OCCASIONNELLES

- hématome de la cicatrice
- infection de la cicatrice
- fuite d'urine par le drain qui se tarit en général en quelques jours au prix d'un drainage parfois prolongé.

COMPLICATIONS EXCEPTIONNELLES

- hémorragie abondante
- écoulement d'urine par la cicatrice
- infection de l'os du pubis
- accidents électriques : brûlures cutanées, dérèglement d'un éventuel pace-maker
- plaie d'un organe adjacent : urètre, vessie, intestin, vaisseaux du petit bassin

COMPLICATIONS TARDIVES

- Les échecs de la chirurgie sont rares (2 à 3 %).
- Ils sont faits des sténoses des anastomoses urétéro-vésicales qui nécessitent le plus souvent une réintervention,
- ou de la persistance du reflux qui n'est pas toujours sanctionnée par une reprise chirurgicale
- enfin, parfois d'une dégradation progressive et tardive de la fonction rénale alors même que les urines sont stériles et le reflux guéri.
- comme dans toute intervention abdominale, des déformations de la paroi de l'abdomen, plus ou moins importantes, et des brides intra-abdominales peuvent survenir.