

# Fiche Info-Patient



Association  
Française  
d'Urologie  
[www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)

Dernière mise à jour : mai 2012

## URETERECTOMIE SEGMENTAIRE

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie 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 et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

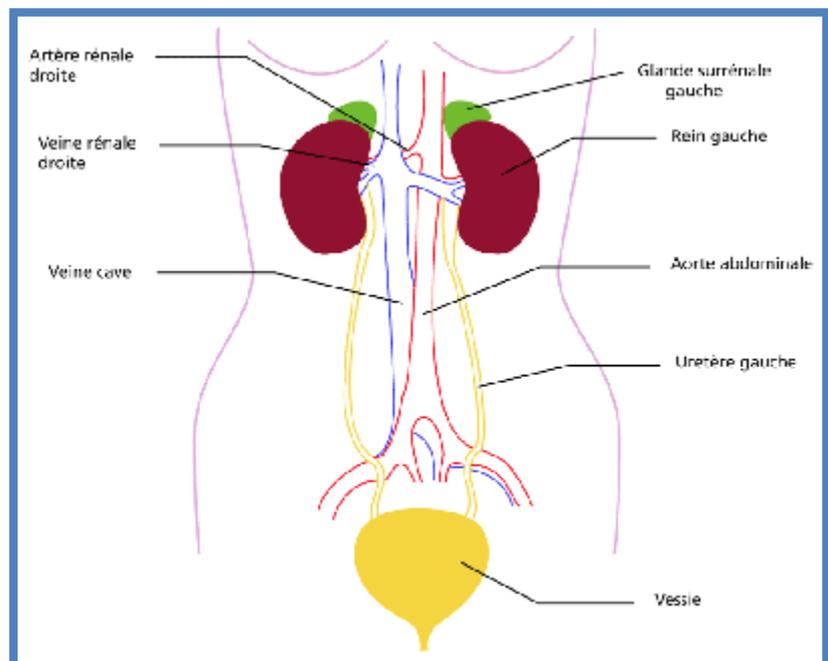
Cette intervention est destinée à enlever une partie de l'uretère.

### Rappel anatomique

Le rein est un organe jouant le rôle d'un filtre qui épure le sang et élimine 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 sécrétée par le rein passe dans les cavités rénales (calices puis bassinets), puis est drainée par les uretères vers la vessie où elle est stockée entre deux mictions.



### Pourquoi cette intervention ?

Les examens que vous a fait pratiquer votre médecin ont mis en évidence une lésion au niveau du canal de l'uretère. Il peut s'agir d'un rétrécissement inflammatoire (sténose) ou d'une tumeur potentiellement cancéreuse ou d'une fistule urinaire.

Cette opération est nécessaire lorsque l'écoulement d'urines en provenance du rein est freiné par le rétrécissement, entraînant des douleurs et un risque d'infection.

#### Attention :

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

En cas de cancer de l'uretère, ce traitement chirurgical a pour but d'éviter l'évolution et l'extension de la maladie.

## Y-a-t-il d'autres possibilités ?

L'urétérectomie est indiquée lorsque les autres possibilités permettant de conserver la totalité de l'uretère (chirurgie endoscopique) sont non réalisables.

Lorsque l'on suspecte une tumeur cancéreuse, lorsque le rein n'est plus fonctionnel, ou lorsque l'extension de la lésion le justifie, une ablation simultanée du rein et de l'ensemble de l'uretère peut être proposée à la place de l'urétérectomie.

En cas de cancer de l'uretère, le geste qui vous est proposé permet à la fois d'obtenir un diagnostic définitif de cette lésion, de vous traiter et de déterminer le suivi ultérieur.

## Préparation à l'intervention

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire. Signalez à votre urologue et à l'anesthésiste vos antécédents médicaux, chirurgicaux et traitements en cours, en particulier anticoagulants (aspirine, clopidogrel, anti vitamine K) dont l'utilisation augmente le risque de saignement lors de l'intervention, mais dont l'arrêt expose à des risques de thrombose (coagulation) des vaisseaux. Le traitement anticoagulant est adapté et éventuellement modifié avant l'intervention. Signalez aussi toute allergie.

## 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, plus rarement, chirurgie coelioscopique (vidéochirurgie). Le choix est fait en fonction de la maladie causale, de votre morphologie et des habitudes de votre chirurgien.

Le traitement chirurgical qui vous est proposé consiste en l'ablation du segment de l'uretère anormal, suivie du rétablissement de la continuité urinaire par une suture (anastomose) entre les extrémités de l'uretère restant ou par l'implantation de l'uretère directement dans la vessie (selon la localisation de la lésion et les conditions anatomiques).

Le segment d'uretère 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 la surveillance.

En fin d'intervention un ou plusieurs drains peuvent être mis en place; ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire. De plus, une sonde urétérale interne (sonde double J) est fréquemment mise en place dans l'uretère pendant l'intervention afin de protéger la suture, le temps de la cicatrisation ; elle est retirée sous anesthésie locale quelques semaines plus tard.

## Suivi post-opératoire

Pour surveiller le bon fonctionnement des reins, améliorer l'étanchéité de la suture et pour vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil, une sonde urinaire est mise en place pendant l'anesthésie. Elle est rarement responsable d'un inconfort.

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques administrés régulièrement. Un cathéter peut être placé dans la cicatrice pour diminuer les douleurs des premières heures.

Le moment de l'ablation du ou des drains et de la sonde vésicale est variable et défini par le chirurgien.

L'hospitalisation dure environ de trois à sept jours et une convalescence de quelques semaines peut être nécessaire. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise des activités et du suivi après l'opération.

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 du prélèvement et en cas de cancer, du stade et du pronostic de votre maladie. L'ensemble de ces éléments conditionne la fréquence et les modalités de la surveillance clinique associée à des examens biologiques et radiologiques.

## 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 et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.
- ◆ Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

### **Pendant le geste opératoire :**

- Blessure des organes de voisinage, incluant l'intestin grêle et le colon, justifiant leur réparation ou leur ablation.
- Blessure vasculaire responsable d'un saignement, pouvant nécessiter une transfusion de sang ou un geste chirurgical complémentaire. Cette complication rare peut directement mettre en jeu le pronostic vital.
- Dans certaines situations, principalement en cas de cancer de l'uretère, il peut être nécessaire d'agrandir l'incision sur l'ensemble de l'abdomen ou de renoncer à l'intervention. Exceptionnellement, des conditions loco-régionales difficiles peuvent empêcher de rétablir la continuité urinaire justifiant l'ablation complète du rein et de l'uretère ou le recours à des techniques chirurgicales complexes utilisant l'intestin.

### **Dans les suites post-opératoires précoces :**

- 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.
- Infections plus ou moins sévères :
  - Infection urinaire relevant d'un traitement antibiotique.
  - Infection générale avec septicémie pouvant nécessiter des soins intensifs.
  - Infection de la paroi et de la cicatrice pouvant justifier des soins locaux.
- Fistule urinaire par mauvaise cicatrisation de la suture. Cette complication peut imposer de garder la sonde vésicale plus longuement ou entraîner une reprise chirurgicale.
- Complications digestives :
  - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
  - Eviscération nécessitant habituellement une ré-intervention.
  - Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

- Possibilité de recours au rein artificiel (dialyse). Ce risque dépend du fonctionnement de l'autre rein, de votre fonction rénale globale, de vos antécédents médicaux et des difficultés du geste chirurgical. Votre urologue vous a exposé votre situation par rapport à ce risque.

#### **Risques à distance :**

- Récidive ou survenue d'un rétrécissement de l'uretère nécessitant des interventions ultérieures.
- Lorsque l'uretère est directement réimplanté dans la vessie, un reflux d'urines dans le rein lors de la miction peut apparaître et entraîner des infections urinaires récidivantes, voire une destruction du rein.
- Comme dans toute intervention abdominale, des brides intra-abdominales peuvent survenir et entraîner des troubles digestifs.
- Déformations de la paroi de l'abdomen au niveau de l'incision pouvant 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.
- Collections liquidiennes ou abcès pouvant nécessiter un drainage plusieurs semaines après l'intervention.
- Troubles de la sensibilité cutanée pouvant apparaître le long ou en dessous de la cicatrice.
- 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 définitif au rein artificiel (dialyse) est rare, mais dépendant de votre condition médicale préexistante à l'intervention.
- Récidive de la maladie sur le site d'exérèse de la tumeur, dans un autre segment de l'uretère, dans les tissus de voisinage ou sur la cicatrice.

**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.**

\* L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.