

## CONSENTEMENT ECLAIRE

### NEPHRECTOMIE PARTIELLE version 1.1 (2011)

Cette fiche d'information est rédigée par la Belgian Association of Urology (BAU) avec l'aide du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS-VBS).

Elle est destinée aux patients et aux professionnels de la santé et vise à vous informer sur les modalités de votre traitement, sur les effets secondaires habituellement rencontrés ainsi que sur les complications les plus fréquentes ou les plus sérieuses pouvant survenir.

La première partie de cette brochure (A) contient des informations générales sur la néphrectomie partielle.

La deuxième partie (B) contient le formulaire d'information et de consentement à proprement parler que vous devez signer avant que le traitement ne puisse avoir lieu.

#### **A. Informations générales sur la: néphrectomie partielle.**

##### **BASES ANATOMIQUES et principe général de l'intervention :**

L'être humain dispose normalement de 2 reins. Les reins sont situés dans un compartiment derrière la cavité abdominale et devant les muscles dorsaux. Les reins sont des organes vitaux : ils régulent le métabolisme des sels et l'équilibre acido-basique, ils régulent l'équilibre des liquides de l'organisme, ils assurent l'excrétion des déchets et ils produisent certaines hormones. Une néphrectomie partielle est un traitement pour le cancer du rein, une tumeur maligne dans le rein. Afin d'épargner au maximum la fonction rénale, seule la tumeur dans le rein est enlevée et le reste du rein reste en place. Une néphrectomie partielle est un traitement standard pour de petits cancers rénaux localisés (une tumeur du rein limité au rein proprement dit). Cette intervention est également possible et indiquée en présence d'un cancer rénal dans chacun des reins ou en présence d'un cancer rénal chez des personnes ne possédant qu'un seul rein.

##### **Alternatives thérapeutiques :**

###### *Néphrectomie radicale :*

Le rein peut également être enlevé en totalité. Les résultats en termes de guérison du cancer sont aussi bonnes mais, dans le cadre de cette intervention, vous perdez également des tissus rénaux sains, ce qui peut influencer sur la fonction rénale globale. Votre chirurgien décidera avec vous de la meilleure option pour le traitement de votre cancer rénal.

###### *Ablation par radiofréquence ou cryoablation:*

Ce sont des alternatives pour des patients sélectionnés présentant un petit cancer rénal. Le cancer rénal est piqué sous contrôle radiographique, échographique ou laparoscopique (= arthroscopie) et les aiguilles libèrent des ondes radio à haute énergie (ablation par radiofréquence) ou congèlent le cancer rénal (cryoablation). Le but est de tuer localement le cancer rénal en épargnant les tissus rénaux sains avoisinants. Les résultats sont encourageants mais ces procédures ne sont pas encore approuvées et validées comme des procédures standard. Votre chirurgien décidera avec vous si vous entrez en ligne de compte.

### *Suivi actif :*

Dans ce cas, il n'y a pas d'intervention médicale et la tumeur est suivie périodiquement par imagerie. Si la lésion grandit ou si des signes manifestes d'agressivité apparaissent, il est toujours possible de décider de procéder à une intervention. Cette option ne guérit pas la tumeur mais elle peut être indiquée pour des personnes âgées présentant un risque élevé dans l'éventualité d'une narcose ou pour une petite tumeur dans le rein où il n'apparaît pas clairement si la tumeur est maligne (30 % des tumeurs d'une taille inférieure à 4 cm sont bénignes et ne nécessitent pas de thérapie).

### **Préparation à l'opération :**

Un certain nombre d'examens sont réalisés avant l'opération : examens sanguins et d'urine, radiographie du thorax et électrocardiogramme. Ceux-ci sont évalués par l'anesthésiste. Les risques spécifiques de l'anesthésie seront discutés avec l'anesthésiste. En cas d'opération à ciel ouvert, l'anesthésiste examinera avec vous la possibilité d'une pompe à analgésie. Ce n'est généralement pas nécessaire en cas d'intervention laparoscopique ou robot-assistée.

### **Techniques chirurgicales :**

L'intervention est effectuée sous narcose générale et consiste en l'ablation de la tumeur avec un petit bord de tissus rénaux sains. Ce bord de tissus rénaux sains autour de la tumeur est nécessaire pour éviter au maximum de laisser un morceau du cancer du rein. Pendant l'intervention, le chirurgien libérera les vaisseaux sanguins vers le rein (artères et veines rénales). Afin de limiter les pertes de sang lors de la résection du cancer rénal du rein, le chirurgien peut décider de clamper ces vaisseaux sanguins. Le rein sera alors privé de sang oxygéné pendant un certain temps. Si le chirurgien prévoit que l'approvisionnement du rein en sang doit être clampé pendant une plus longue période, le rein peut être refroidi en plaçant de la glace autour du rein.

Selon l'emplacement du cancer rénal, des interventions préalables dans la cavité abdominale et les habitudes du chirurgien, le chirurgien décidera de réaliser l'intervention par laparotomie (incision à l'avant à hauteur de l'abdomen) ou par lombotomie (incision dans le flanc entre les 11 et 12<sup>es</sup> côtes ou sous la 12<sup>e</sup> côte). L'intervention peut également s'effectuer par laparoscopie ou être robot-assistée. C'est une arthroscopie au cours de laquelle de l'air est insufflé dans la cavité abdominale. Via de petites portes d'entrée placées dans la paroi abdominale, l'intervention est effectuée ensuite selon les mêmes principes que pour une opération à ciel ouvert. En cas de problèmes (ex. adhérences du fait d'interventions antérieures, importante perte de sang), la laparoscopie et la chirurgie robotisée peuvent être transformées en chirurgie conventionnelle à ciel ouvert.

Après l'opération, une sonde vésicale reste en place pour une période à définir par le chirurgien. Un drain est également généralement laissé en place dans la zone opératoire pour drainer le sang et/ou la sérosité de la plaie restants.

### **Le déroulement postopératoire :**

#### ***Pendant l'hospitalisation :***

En cas de douleurs, des antalgiques seront administrés à intervalles réguliers.

Après une laparoscopie et une chirurgie robotisée, vous pouvez ressentir une gêne dans l'épigastre et un torticolis réflexe par l'irritation du diaphragme.

Un prélèvement sanguin sera réalisé pour détecter une éventuelle anémie et, si nécessaire, il sera procédé à une transfusion sanguine pour compenser les pertes de sang intervenues pendant et après l'intervention.

Des injections sous-cutanées quotidiennes d'anticoagulants diminuent le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.

Le drain est enlevé à un moment défini par le chirurgien.

La sonde vésicale est généralement bien tolérée. Toutefois, dans certains cas, elle peut entraîner une hyperactivité vésicale et des spasmes vésicaux. Un traitement médicamenteux est possible.

Normalement, la sonde vésicale reste 1 à 2 jours en place, selon le déroulement postopératoire et la décision du chirurgien.

La durée totale de l'hospitalisation est déterminée par votre chirurgien.

### **Retour au domicile :**

Si nécessaire, les soins de plaies peuvent être assurés par une infirmière à domicile. Il est important de garder la(les) plaie(s) au sec pendant 2 semaines : par conséquent, les bains sont fortement déconseillés. Pour les douleurs au niveau de la plaie opératoire (surtout en cas d'incision dans le flanc), vous pouvez prendre des antalgiques (par ex. paracétamol 1gr). Cela vous sera prescrit par votre médecin au moment de votre sortie. Si les sutures utilisées ne sont pas résorbables, les sutures doivent être enlevées approximativement 2 semaines après l'intervention. Cela peut être réalisé par l'infirmière à domicile ou par votre médecin généraliste. La durée du rétablissement et la date de la reprise dépendent de l'âge du patient et de l'approche chirurgicale utilisée. Un à trois mois sont parfois nécessaires pour un rétablissement complet.

### **Monitoring du cancer :**

Le cancer rénal enlevé est examiné par le pathologiste. Cet examen livrera un certain nombre de caractéristiques pronostiques mais ne permettra pas encore de juger de manière définitive s'il y a guérison. Ce n'est que 5 ans après l'intervention qu'il est possible de se prononcer en la matière. Le suivi du cancer rénal est réalisé en effectuant à intervalles réguliers un CT-scan de la cavité abdominale, une RX de la cavité thoracique et un examen sanguin. Si, ultérieurement, des résultats anormaux permettent de suspecter une rechute, il sera décidé de lancer un traitement complémentaire (chirurgie, radiothérapie, thérapie systémique).

### **COMPLICATIONS :**

#### **Pendant la procédure :**

Toute opération présente des risques de complications qui sont parfois irréversibles et, dans le pire des cas, peuvent entraîner la mort. Même si le risque de complications sévères est très faible, il n'est malheureusement pas nul et est généralement imprévisible.

Pendant l'opération, le chirurgien doit parfois adapter la technique et le traitement en fonction des constatations ou des événements survenant au cours de l'opération. Ainsi, il est toujours possible qu'une intervention laparoscopique ou robot-assistée soit stoppée pour être poursuivie par une opération à ciel ouvert. Il est également possible que le chirurgien décide, en cours d'opération, de réaliser une néphrectomie radicale (ablation totale du rein) s'il est constaté que le cancer rénal est plus étendu que ce qui avait été constaté par l'imagerie préopératoire ou si le chirurgien a des doutes quant à l'exhaustivité de la résection du cancer rénal.

Les organes autour du rein peuvent être affectés durant l'opération. Les intestins, l'uretère, la capsule surrénale, le foie, la rate, le pancréas, l'aorte et la veine cave inférieure sont concernés dans le champ opératoire. C'est très rare. Ces lésions sont traitées immédiatement si elles sont constatées pendant l'opération. Toute complication peropératoire peut conduire à un retard de la reprise de l'activité de la digestion. En cas de lésion au niveau du côlon, il est parfois nécessaire de poser une colostomie pendant quelques mois pour permettre une guérison complète. C'est aussi extrêmement rare. Au cours de l'opération, une ouverture de la plèvre peut intervenir occasionnellement. Dans ce cas, la refermeture est assurée par une procédure chirurgicale ou le chirurgien décidera de laisser un drain dans la cavité thoracique.

Des lésions vasculaires peuvent intervenir et entraîner d'importantes pertes de sang qui peuvent nécessiter occasionnellement des transfusions sanguines. Même si, à l'heure actuelle, tout le sang transfusé fait l'objet de tests, la transmission de plusieurs maladies transmissibles (VIH, hépatite, ...) ne peut pas être exclue à 100 %. Ce risque de contamination par le sang peut être éliminé par un prélèvement sanguin avant l'opération de manière à ce que, en cas de besoin au cours de l'opération, ce sang prélevé puisse être transfusé (autotransfusion). Les hémorragies importantes nécessitant une réintervention sont rares.

Si la rate est touchée pendant l'intervention et que l'hémorragie provenant de la rate ne peut pas être stoppée, il sera procédé à l'ablation de la rate (très rare). Après l'intervention, il vous sera alors administré un vaccin.

En outre, la résection du cancer rénal de tissus rénaux sains est une phase de l'intervention qui peut s'accompagner d'importantes pertes de sang au niveau de la surface de résection du cancer rénal. Si ces pertes de sang ne peuvent pas être contrôlées, le chirurgien décidera de procéder à l'ablation totale du rein. C'est également rare.

### **Pendant l'intervention :**

- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire.

Le formation d'un caillot dans les veines de la jambe (thrombose veineuse profonde ou phlébite) peut entraîner une embolie pulmonaire par migration de ce caillot vers les poumons. Cette complication peut être fatale. Elle est évitée par l'injection d'anticoagulants sous-cutanés et le port de bas à varices pendant le mois suivant l'opération. Grâce à ces mesures, le risque de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire est rare à très rare. Les anticoagulants injectés augmentent toutefois le risque d'hémorragie secondaire.

- Hémorragie postopératoire (rare).

Une hémorragie postopératoire est généralement le résultat d'une reprise de l'hémorragie à la surface de résection du cancer rénal du rein. En cas d'hémorragie importante, une réintervention sera nécessaire. Dans ce cas, le chirurgien devra s'efforcer de stopper l'hémorragie mais, si ce n'est pas possible, il faudra procéder à l'ablation totale du rein (néphrectomie). Une hémorragie peut également être stoppée en recourant à la radiologie interventionnelle. Via un vaisseau sanguin de l'aîne, un radiologue spécialisé identifiera le vaisseau sanguin qui est la source de l'hémorragie et s'efforcera d'y mettre fin avec un matériel spécialisé. Si l'hémorragie postopératoire est limitée, il ne sera pas nécessaire de réopérer. Le chirurgien pourra par contre décider de recourir à une transfusion sanguine.

- Iléus paralytique :

Dans ce cas, les intestins ne fonctionnent pas ou fonctionnent très lentement. En l'absence de traitement, cela entraînera un ventre ballonné et des vomissements. En cas de reprise au ralenti ou de non-reprise de l'activité intestinale, la sonde gastrique sera maintenue (ou remplacée) pour quelques jours. C'est rare en cas d'intervention laparoscopique et occasionnel (lombotomie) à fréquent (laparotomie) pour une opération à ciel ouvert.

- Adhérences postopératoires

Pour chaque opération, il y a formation d'une cicatrice et les tissus s'accrocheront (fréquemment). Si l'opération a été effectuée par la cavité abdominale (laparotomie, laparoscopie ou laparoscopie robot-assistée), il y a également un risque d'adhérences des intestins. Ces adhérences peuvent parfois être d'une telle importance que le passage intestinal est perturbé (iléus obstructif). Dans ce cas, une intervention est nécessaire (très rare). Les adhérences intestinales normales et la cicatrisation des tissus peuvent compliquer une chirurgie ultérieure dans la même région.

- Fonction rénale diminuée

Le clampage des vaisseaux sanguins du rein entraîne un déficit en oxygène dans les tissus rénaux. Au bout d'un certain temps, il s'ensuit des dommages irréversibles des tissus rénaux avec une diminution de la fonction rénale. C'est rare si le clampage dure au maximum 20 minutes mais, si celui-ci dure plus longtemps, il y a occasionnellement une perte importante de la fonction rénale. En cas d'ablation totale du rein, il en résultera fréquemment une fonction rénale diminuée. En présence d'un rein sain, fonctionnant correctement, de l'autre côté, cela ne pose généralement pas de problèmes mais la fonction rénale doit faire l'objet d'un suivi par un prélèvement sanguin à intervalles réguliers. Si ce n'est pas le cas (vous aviez déjà une fonction rénale diminuée avant l'opération ou vous ne disposez que d'un rein) et si une fonction rénale nettement diminuée est effectivement constatée, votre chirurgien se mettra en contact avec le néphrologue (spécialiste du rein). Celui-ci peut au besoin instaurer des mesures diététiques et une médication. Si la fonction rénale est considérablement diminuée, une dialyse rénale est nécessaire. L'enlèvement d'un petit bord de tissus rénaux sains à la limite du cancer rénal n'a généralement pas d'impact important sur la fonction rénale.

- fuite d'urine : Au niveau de la surface de résection du cancer rénal, le système de collecte de l'urine (système pyélocaliciel) peut être ouvert. Il est refermé par une procédure chirurgicale. Une fuite d'urine persistante après une intervention est rare. La guérison intervient généralement spontanément sans qu'il ne soit nécessaire de réopérer. Un drain (un petit tube) est placé à proximité du rein au cours de l'opération pour permettre l'écoulement des liquides autour du rein. Si ce liquide est de l'urine, le drain sera laissé plus longtemps en place. En cas de fuite d'urine trop prononcée, le chirurgien peut décider de placer un double stent J. Il s'agit d'un stent qui est placé dans le cadre d'une opération via l'urètre entre le rein et la vessie. C'est par conséquent une intervention supplémentaire.

- Lésions des branches nerveuses (fréquentes) : Des lésions des branches nerveuses dans la paroi abdominale ou dans le flanc sont observées dans les zones autour des incisions dans la paroi abdominale ou dans le flanc et sont causées par une compression locale ou par une électrocautérisation. Ces lésions récupéreront très probablement. En cas de lombotomie (incision dans le flanc), des branches nerveuses plus importantes sont parfois blessées ou un morceau de la 12<sup>e</sup> côte est même enlevée. Cela peut entraîner des douleurs chroniques dans le flanc.
- Infection des plaies (rare) : Une infection des incisions cutanées peut survenir et requiert des antibiotiques et/ou un drainage en réouvrant légèrement l'incision.
- Infection des voies urinaires : Une infection des voies urinaires est fréquente et est traitée par des antibiotiques. Le risque d'infection des voies urinaires dépend de la durée du maintien de la sonde vésicale.

- Autres :

Des problèmes de santé individuels peuvent augmenter le risque de complications susceptibles d'être fatales, comme l'infarctus du myocarde, l'AVC, l'emphysème pulmonaire, ...

### **Après l'hospitalisation :**

Des adhérences de l'intestin peuvent perturber le transit intestinal et occasionner des douleurs chroniques. Les adhérences peuvent également entraîner une occlusion intestinale totale qui nécessitera une intervention chirurgicale (très rare).

Une rupture au niveau de la cicatrice dans la paroi abdominale est très rare mais peut donner lieu à une éventration (débordement de la cavité abdominale à travers la paroi abdominale) et cela nécessite parfois une correction chirurgicale. Ce risque est plus élevé après une opération à ciel ouvert.

La fatigue postopératoire peut être un signe d'anémie. Si vous en souffrez clairement, il est préférable de faire réaliser une analyse du sang chez votre médecin généraliste ou chez votre chirurgien. En fonction des résultats, un traitement vous sera prescrit (par exemple des suppléments de fer).

## **B. CONSENTEMENT ECLAIRE pour la néphrectomie partielle.**

### **Général**

En tant que patient, vous avez droit à une information complète par rapport à votre maladie et aux traitements médicaux et chirurgicaux qui s'y réfèrent.

Ce formulaire comprend les informations les plus pertinentes. Si vous avez des questions complémentaires, vous pouvez les poser lors de votre entretien avec le chirurgien, où des informations complémentaires vous seront fournies si besoin en est.

Ce formulaire doit être rendu dûment complété au chirurgien de façon à compléter votre dossier médical.

Le but de cette information n'est pas de vous angoisser, mais bien que vous puissiez prendre une décision quant à l'intervention en toute connaissance de cause.