



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*.

Elle vous est 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.

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 et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposés ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

URETEROSCOPIE POUR CALCUL

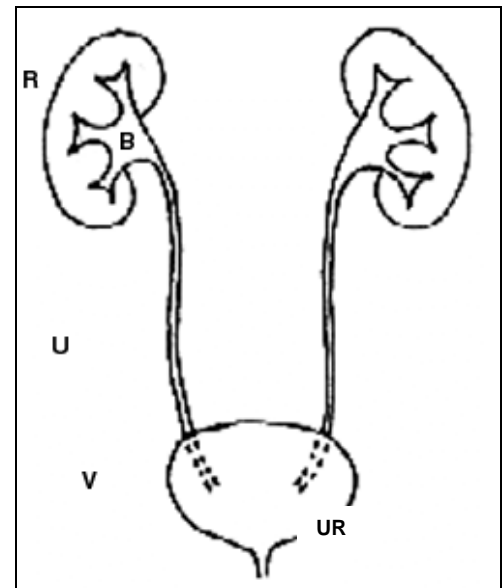
L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter un calcul situé dans votre uretère.

L'URETERE

L'uretère est un conduit très fin, à paroi musculaire, qui propulse l'urine du rein vers la vessie.

On distingue 3 portions de l'uretère : le tiers supérieur (uretère lombaire), le tiers moyen (uretère iliaque) et le tiers inférieur (uretère pelvien).

Légende : R : rein, B : bassinet, U : uretère, V : vessie ; UR : urètre



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Vous présentez un calcul de l'uretère qui n'a pas été éliminé spontanément.

Les raisons pour lesquelles votre urologue vous propose l'ablation de ce calcul peuvent être multiples :

- taille du calcul supérieure à 6 mm,
- calcul enclavé, avec dilatation des cavités du rein au dessus,
- calcul qui provoque des crises douloureuses (colique néphrétique) à répétition,
- calcul qui ne progresse plus dans l'uretère malgré le traitement médical,
- calcul à l'origine d'une infection urinaire fébrile (pyélonéphrite).

Dans certains cas, un traitement préparatoire sera réalisé avant l'urétéroscopie, notamment en cas d'infection (traitement antibiotique) et/ou en cas de dilatation importante de l'uretère et du rein au dessus du calcul (drainage du rein par une sonde placée soit par voie naturelle, soit à travers la peau directement dans les cavités rénales).

L'absence de traitement vous expose au risque de douleur, de complications infectieuses et/ou de détérioration du rein.

EXISTE –T-IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Un calcul de l'uretère qui ne s'élimine pas peut également être traité par lithotritie extra-corporelle ou chirurgie ouverte. L'indication de chaque technique dépend des signes cliniques, des éventuels critères de gravité, de la taille, de la situation et de la dureté du calcul. Votre urologue vous a expliqué les avantages et les inconvénients de chaque méthode et la raison pour laquelle il vous propose une intervention par urétéroscopie.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'intervention (ou quelques heures avant en cas d'urgence).

Les urines doivent être stériles pour l'opération : une analyse d'urines est donc réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection, qui pourrait conduire à repousser la date de votre opération.

L'intervention se déroule habituellement sous anesthésie générale ou sous anesthésie locorégionale.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Elle consiste à traiter le calcul grâce à un endoscope en passant par les voies naturelles par le canal de l'urètre. Chez l'homme, la prostate peut parfois gêner cette manœuvre.

Le geste se déroule sous contrôle visuel et radiologique ; il commence en général par la mise en place dans l'uretère d'un fil guide qui facilite la pénétration de l'appareil en réduisant les sinuosités de l'uretère. Il est parfois nécessaire de dilater l'uretère pour qu'il puisse admettre l'endoscope. L'opérateur fait progresser l'endoscope jusqu'à la pierre. Sous contrôle de la vue, il peut soit l'attraper avec une sonde « panier », et l'extraire en bloc, soit la fragmenter en plusieurs morceaux, et ensuite enlever les principaux débris.

Une fois le calcul traité, il peut être utile, de positionner une sonde dans l'uretère pour éviter que l'inflammation consécutive à l'intervention ne provoque des douleurs. Le plus souvent la sonde utilisée sera une sonde « double J » (ce type de sonde comporte 2 crosses, une supérieure qui se positionne dans le rein, une inférieure qui se positionne dans la vessie). Elle sera laissée en place 1 à 3 semaines selon les cas.

Très souvent également, une sonde est mise en place dans la vessie en fin d'intervention.

SUITES HABITUELLES

Dans la plupart des cas, grâce aux sondes laissées en place, les douleurs post-opératoires sont minimes et facilement traitées par les antalgiques habituels. Vous serez autorisé à reprendre une alimentation normale le soir ou le lendemain de l'intervention.

En général la sonde vésicale est enlevée le soir ou le lendemain du geste. Une radiographie de contrôle est habituellement pratiquée pour contrôler le bon positionnement de la sonde « JJ » et l'existence éventuelle de calculs résiduels.

La durée d'hospitalisation est habituellement comprise entre 1 et 3 jours. Le chirurgien fixera avec vous la date à laquelle il souhaite enlever la sonde « JJ » (si ce type de sonde a été mise en place), la date et les examens à faire lors de la visite de contrôle, ainsi que la durée de la convalescence

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques, y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont vous êtes affecté mais également à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle 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 votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications directement en relation avec le geste opératoire d'urétéroscopie sont possibles :

- pendant le geste opératoire :

- urétéroscopie impossible : l'urétéroscopie ne peut pas atteindre le calcul soit du fait de l'étroitesse de l'uretère, soit du fait de la position du calcul (calcul haut situé dans l'uretère iliaque ou lombaire), soit de la migration du calcul repoussé vers le haut. Le chirurgien dans ce cas mettra en place une sonde « JJ ». Cette sonde, laissée en place quelques semaines, va permettre de dilater l'uretère. Le chirurgien décidera alors s'il tente une nouvelle urétéroscopie (rendue plus facile par la dilatation de l'uretère) ou s'il choisit une autre solution thérapeutique.

- blessure de l'uretère : l'appareil peut endommager l'uretère de façon légère (simple fissuration) ou de façon grave (exceptionnellement arrachement de l'uretère). Selon le type de la blessure, le traitement sera endoscopique (le plus souvent pose d'une sonde « JJ » à laisser plusieurs semaines) ou chirurgical (réimplantation de l'uretère dans la vessie). Ces lésions graves sont exceptionnelles.

- dans les suites opératoires :

- douleurs liées au mauvais fonctionnement des sondes,
- saignement dans les urines par irritation de la vessie à cause de la sonde « JJ »,
- infection urinaire nécessitant un traitement antibiotique.

- risques à distance :

rétrécissement de l'uretère en rapport avec une blessure de l'uretère, reconnue ou méconnue, ou dû à la présence prolongée d'un calcul : le traitement est le plus souvent endoscopique (dilatation et pose d'une sonde interne modelante) mais parfois un traitement chirurgical sera nécessaire

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*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.