

# FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN : MAI 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 bénéfiques 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](http://www.urologie-santé.fr)

## CURAGE RÉTROPÉRITONÉAL POUR MASSE RÉSIDUELLE

Vous avez été opéré d'une tumeur du testicule avec atteinte des ganglions du rétro péritoine. Les examens de contrôle montrent la persistance d'une masse ganglionnaire après plusieurs cures de chimiothérapie. L'ablation des masses résiduelles permet d'en connaître la nature exacte et de déterminer la suite de la prise en charge.

### — LES GANGLIONS RÉTROPÉRITONÉAUX

Les ganglions lymphatiques qui drainent le testicule droit sont situés en avant de la veine cave inférieure et entre l'aorte abdominale et la veine cave inférieure.

Les ganglions qui drainent le testicule gauche sont situés au bord gauche et à la face antérieure

de l'aorte abdominale.

Tous ces ganglions lymphatiques sont en contact étroit avec les nerfs qui contrôlent l'éjaculation.

## — POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les masses résiduelles diagnostiquées après chimiothérapie peuvent être bénignes (fibrose, nécrose) ou malignes (tissu tumoral actif). En cas de fibrose ou de nécrose, le traitement a été efficace et une surveillance est indiquée. Une progression tumorale est inévitable s'il existe du tissu tumoral actif.

Le scanner ou l'IRM ne permettent d'évaluer que la taille des ganglions du rétropéritoine. Ils ne peuvent pas démontrer la nature de leur contenu.

Le TEP scan n'est interprétable que dans certains types de tumeurs, avec un certain risque d'erreur par excès ou par défaut.

Le curage rétropéritonéal est le seul examen qui permet de connaître avec exactitude la nature des masses résiduelles. Dans certains cas, il peut être curatif. Dans d'autres cas, il permet de réadapter la chimiothérapie initialement proposée. Le choix de cette opération tient compte de votre âge, de votre état général et des risques d'évolution générale de la maladie.

## — PRÉPARATION 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 se déroule sous anesthésie générale. Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération. Dans certains cas, des explorations respiratoires peuvent être demandées en raison de vos antécédents médicaux.

## — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention consiste à enlever les masses résiduelles et à réaliser un curage qui en règle générale est étendu à l'espace rétro péritonéal. Elle est pratiquée par chirurgie classique incisionnelle. Certaines équipes expertes proposent une intervention sous laparoscopie, robot assistée ou non, à condition que le volume tumoral soit restreint et que la résection soit limitée à la masse résiduelle et aux ganglions rétro péritonéaux.

Le choix de la tactique opératoire est fait en fonction du volume et des rapports des masses résiduelles. Dans certains cas, l'ablation des lésions justifie des sacrifices d'organes (rein, tube digestif) ou des gestes vasculaires (résection de gros vaisseaux avec ou sans remplacement prothétique, pontages). De ce fait, l'intervention peut nécessiter la présence de plusieurs équipes chirurgicales. Une sonde urinaire peut être mise en place pendant l'intervention pour surveiller la production d'urine. En fin d'intervention, un ou plusieurs drains peuvent être mis en place. Ils permettent de surveiller le site opératoire.

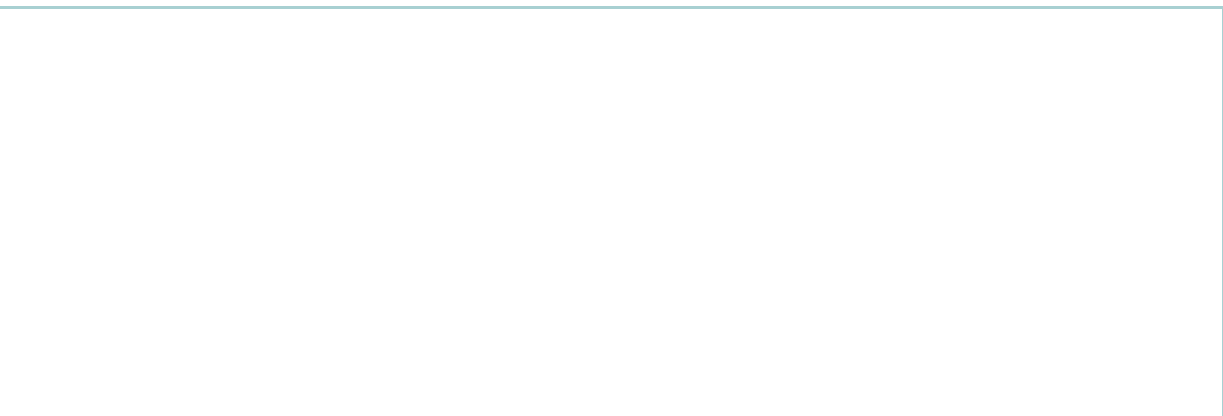


Figure: Limites de curage, bilatéral complet (A), unilatéral modifié droit (B) et gauche (C).

## SUITES HABITUELLES

La douleur liée à l'intervention nécessite l'administration de médicaments antalgiques administrés régulièrement en fonction de vos besoins. Vous êtes autorisé habituellement à vous lever dès que possible et à vous réalimenter rapidement.

Le moment de l'ablation du ou des drains est variable et définie par le chirurgien.

L'hospitalisation est variable en fonction du type de chirurgie. Une convalescence de quelques semaines est nécessaire.

Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de travail si besoin et du suivi après l'opération.

## RETOUR À DOMICILE

Le maintien d'un traitement anticoagulant est nécessaire après votre hospitalisation pour prévenir le risque de phlébite.

Le port des bas de contention est souhaitable au moins 10 jours après votre intervention.

La douleur liée à l'intervention peut nécessiter des médicaments antalgiques administrés régulièrement sur la prescription de votre anesthésiste et/ou votre urologue.

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.

**L'ablation des fils ou des agrafes sera réalisée par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale.**

Un courrier a été adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé.

La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale dépendent de la voie d'abord et de votre état physique. Vous discuterez avec votre urologue de la date de reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

Une consultation post opératoire est programmée avec votre urologue afin de vous informer du résultat de l'examen microscopique des ganglions prélevés et de vous informer des options de prise en charge qui en résultent.

## SIGNES QUI PEUVENT SURVENIR ET CONDUITE À TENIR

### Des douleurs abdominales

Un traitement contre la douleur vous a été prescrit si besoin. Si la douleur persiste ou augmente, vous devez consulter votre médecin ou votre urologue. En cas de douleur de survenue brutale ou de sensation de malaise, contactez alors immédiatement votre médecin traitant ou le service d'urgence le plus proche.

### Signes de phlébite et d'embolie pulmonaire

Des douleurs dans une jambe, une sensation de pesanteur ou une diminution du ballonnement du mollet doivent faire évoquer une phlébite. Il est donc nécessaire de consulter un médecin en urgence.

Afin d'éviter la survenue d'une phlébite, il est conseillé de suivre les recommandations qui vous ont été données : contractions régulières et fréquentes des mollets, mouvements des pieds, surélévation des jambes et suivant la prescription de votre médecin, port de bas de contention.

En cas de douleur thoracique, de point de côté, de toux irritative ou d'essoufflement, il est nécessaire de consulter en urgence car ces signes peuvent être révélateurs d'une embolie pulmonaire. Contactez alors immédiatement votre médecin traitant ou le service d'urgence le plus proche.

### Cicatrisation

Si la cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer, sans urgence, cette cicatrice à votre chirurgien : il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès.

La cicatrisation cutanée s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire

un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre. L'ablation des fils ou des agrafes est réalisée par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale de sortie.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous corticoïde).

#### ↳ Un écoulement de lymphe,

Un liquide clair ressemblant à de l'urine ou un hématome au niveau de la plaie guérit le plus souvent avec des soins locaux. En cas de persistance, il faut consulter sans urgence votre chirurgien.

#### ↳ Une lymphocèle

C'est une collection de lymphe dans l'abdomen. Sa survenue est fréquente et le plus souvent sans conséquence. La lymphocèle est liée à l'interruption du drainage de la lymphe (par prélèvement des ganglions) et à son écoulement dans l'abdomen. Elle peut se révéler par une sensation de pesanteur abdominale, des douleurs sus-pubiennes ou des difficultés d'écoulement des urines.

S'il est rare qu'une lymphocèle se complique, elle peut parfois s'infecter ou comprimer un organe pelvien. Une intervention est nécessaire pour évacuer ce liquide, soit par ponction à travers la peau (sous échographie ou sous scanner) avec souvent mise en place pour quelques jours d'un drain externe, soit par chirurgie pour assurer le drainage de la lymphocèle.

#### ↳ Une difficulté à uriner

Elle peut survenir à la suite de l'anesthésie et du sondage pendant l'intervention. La force du jet peut vous sembler faible. Une aggravation de ces difficultés à uriner (poussée abdominale, miction en goutte à goutte...) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention).

Des brûlures en urinant ou l'apparition d'urines troubles peuvent traduire une infection de l'appareil urinaire, qui nécessite une prise en charge adaptée.

**La survenue d'une fièvre n'est pas habituelle après cette intervention. Elle doit vous conduire à consulter votre médecin ou votre urologue.**

## — 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 SPÉCIFIQUES À L'INTERVENTION SONT PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

#### ↳ Événtration

Elle est d'autant plus fréquente que l'intervention s'est déroulée par chirurgie classique incisionnelle et qu'une complication post opératoire est survenue (hématome ou abcès de paroi). Elle est traitée chirurgicalement.

#### ↳ Troubles de l'éjaculation

Ils correspondent à une éjaculation rétrograde (orgasme persistant, mais émission de sperme dans la vessie) consécutive à une lésion des filets nerveux situés au contact des ganglions du rétropéritoine. Un traitement médical peut éventuellement améliorer les symptômes.

#### ↳ Hémorragie-hématomes

Ils peuvent nécessiter des transfusions sanguines, parfois une nouvelle intervention

pour contrôler le saignement.

#### ↳ Lymphocèle

Il s'agit d'une collection de lymphes dans la zone opérée. Elle peut être responsable d'un retard de reprise de transit intestinal et nécessiter une ponction évacuatrice sous scanner.

#### ↳ Plaies

Plaie de l'uretère, plaie digestive, qui nécessitent d'être reconnues et traitées.

#### ↳ Ascite chyleuse

Il s'agit d'un écoulement de lymphes dans l'abdomen qui peut nécessiter des soins prolongés et une alimentation par perfusion pendant plusieurs jours. Une intervention peut être nécessaire pour obturer le canal lymphatique responsable.

#### ↳ Anorexie prolongée

Un soutien nutritionnel est nécessaire.

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 physiques. 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 public (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 : **curage rétropéritonéal pour masse résiduelle**.

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](http://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.