LA CHIRURGIE MINI-INVASIVE EXPLIQUÉE

Néphrectomie totale par cœlioscopie

Ablation complète du rein par de petites incisions, lorsque la conservation du rein n'est pas possible.

L'essentiel en bref

- Opération qui retire le **rein en totalité**, avec la graisse qui l'entoure.
- Réalisée sous **anesthésie générale**, par **cœlioscopie** : **4 à 5 petites incisions** (trocarts) selon le côté, une caméra et des instruments fins.
- Proposée lorsque la tumeur est trop volumineuse, trop centrale ou trop difficile d'accès pour conserver une partie du rein, ou lorsque le rein est malade.
- La plupart des personnes vivent normalement avec **un seul rein** en bonne santé : l'autre rein prend le relais.
- L'analyse du rein retiré au microscope guide la suite : **surveillance**, ou parfois traitement complémentaire.

À quoi sert l'intervention et pour qui

La néphrectomie totale retire le rein dans sa totalité, avec la graisse qui l'entoure. Elle est proposée lorsqu'une tumeur du rein est trop volumineuse, trop centrale ou trop difficile d'accès pour conserver une partie du rein, ou lorsque le rein est malade et expose à des douleurs, des saignements ou des infections. D'autres options existent selon la tumeur : surveillance, néphrectomie partielle ou traitement ablatif. Votre chirurgien vous explique pourquoi l'ablation complète est préférable dans votre cas. La décision est prise en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), puis discutée avec vous.

Qu'est-ce que la cœlioscopie ?

- **De petites incisions.** Au lieu d'une grande ouverture de l'abdomen, le chirurgien réalise quelques incisions de l'ordre du centimètre (les trocarts) pour introduire une caméra et des instruments longs et fins.
- **Un espace de travail.** L'abdomen est gonflé avec du gaz carbonique et l'image est projetée sur un écran en haute définition.
- **Moins de douleur, récupération plus rapide.** Par rapport à la chirurgie par grande incision, la cœlioscopie le permet généralement. Les résultats sur la maladie sont comparables.
- **Une technique exigeante**, qui demande une équipe expérimentée. Dans certaines situations, le chirurgien peut décider de convertir l'intervention en chirurgie ouverte, pour des raisons de sécurité.
- **Une équipe autour de vous :** chirurgien assistant, anesthésiste et infirmier(ère)s de bloc restent auprès de vous pendant toute l'intervention.

Se préparer à l'intervention

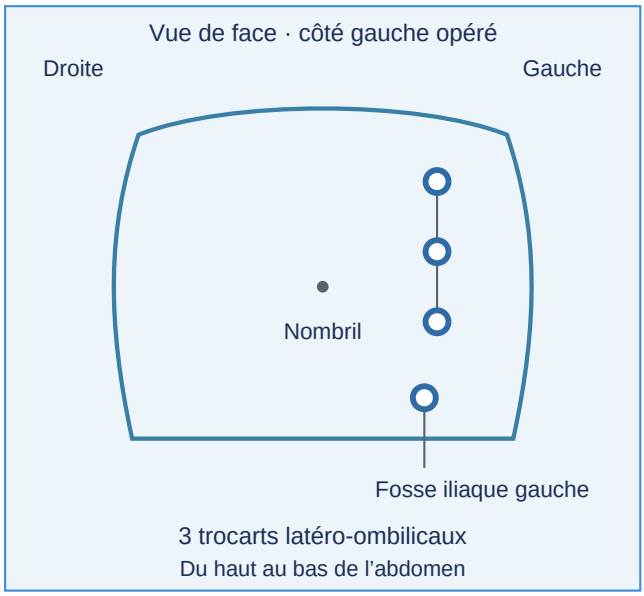
- **Hôpital de jour préopératoire** : il peut réunir en une journée les consultations et examens utiles (urologue, anesthésiste, infirmier(ère) et, selon les besoins, autres spécialistes).
- Arrêter ou réduire le tabac, idéalement 6 à 8 semaines avant : cela diminue nettement les risques d'infection et de mauvaise cicatrisation. Une aide au sevrage peut vous être proposée (Tabac Info Service : 39 89).
- Maintenir une activité physique adaptée (marche quotidienne) et veiller à une alimentation suffisante.
- Signaler tous vos traitements, notamment les anticoagulants et antiagrégants : ils peuvent être adaptés avant l'intervention.
- Respecter les consignes de jeûne données par l'anesthésiste.
- Préparer votre retour à domicile et la présence d'un proche. Un proche peut vous accompagner aux consultations.

Information générale : la technique proposée est décidée avec vous après la RCP et peut différer selon votre situation.

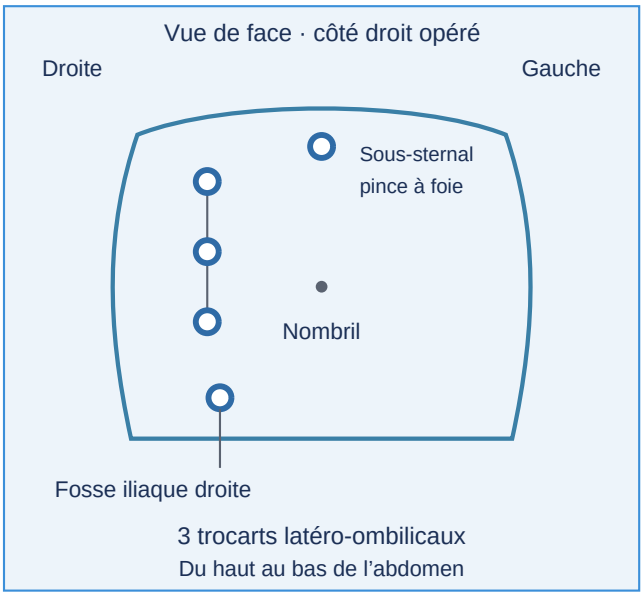
Les grandes étapes de l'intervention

1. Installation sous anesthésie générale, couché sur le côté.
2. Mise en place des 4 à 5 trocarts selon le côté (voir les schémas) et gonflement de l'abdomen avec du gaz carbonique.
3. Libération du rein et de la graisse qui l'entoure.
4. Fermeture de l'artère et de la veine du rein, puis section de l'uretère.
5. Selon la situation, retrait de la glande surrénale ou de ganglions voisins.
6. Mise du rein dans un sac et extraction par l'une des incisions, agrandie si besoin ; drain éventuel et fermeture.

Schéma : position des trocarts



Néphrectomie totale gauche : 4 trocarts. Trois trocarts suivent une ligne verticale latéro-ombilicale gauche, et un quatrième est placé en fosse iliaque gauche. La gauche du patient est à droite du dessin.



Néphrectomie totale droite : 5 trocarts. Même disposition du côté droit, avec un trocart central sous-sternal supplémentaire qui permet de placer une pince pour soulever le foie.

Schémas illustratifs simplifiés, non contractuels. Le nombre et la place des trocarts peuvent varier selon votre anatomie.

Ce qui est retiré, ce qui est conservé

Ce qui est retiré	Ce qui est conservé
• Le rein • La graisse qui l'entoure • La partie haute de l'uretère • Selon la situation, la glande surrénale et certains ganglions voisins	• L'autre rein, qui prend le relais • La vessie et les autres organes de l'abdomen • Aucune reconstruction n'est nécessaire

L'anesthésie

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Vous rencontrez l'anesthésiste en consultation avant l'intervention. Pendant l'opération, l'abdomen est gonflé avec du gaz carbonique pour créer un espace de travail et la position sur le côté est maintenue ; ces conditions sont surveillées en permanence par l'équipe d'anesthésie. La douleur est prise en charge par des antalgiques.

Les suites de l'intervention

- Une sonde urinaire et un drain peuvent être laissés temporairement ; le chirurgien décide de leur retrait.
- Vous vous levez rapidement ; la phlébite est prévenue par la mobilisation, parfois par des bas de contention et des injections d'anticoagulant.
- Le transit intestinal peut mettre quelques semaines à redevenir normal : repas en petites quantités, mastication lente, alimentation équilibrée et riche en protéines, peu de fritures, de sauces, de sucreries et de boissons gazeuses.
- Buvez suffisamment ; les urines peuvent contenir un peu de sang pendant quelques jours.
- Les cicatrices sont petites ; douche possible, pas de bain avant cicatrisation complète ; protégez-les du soleil pendant un an.
- Les efforts importants sont évités pendant le premier mois ; la reprise du travail, de la conduite, du sport et des voyages se décide avec votre chirurgien.
- L'analyse du rein au microscope demande 2 à 4 semaines ; elle vous est expliquée lors de la consultation postopératoire.

Les conséquences fonctionnelles possibles

- La plupart des personnes vivent normalement avec un seul rein en bonne santé : l'autre rein compense en grande partie.
- Une surveillance régulière de la fonction rénale et de la tension artérielle est mise en place ; une insuffisance rénale chronique ou une hypertension peuvent apparaître à distance.
- Il n'y a pas d'effet attendu sur la continence, l'érection ou la fertilité.
- Une bonne hygiène de vie protège le rein restant : pas de tabac, hydratation suffisante, avis médical avant un traitement anti-inflammatoire au long cours.
- Des soins de support sont proposés selon vos besoins : kinésithérapie, diététique et accompagnement psychologique.

Les risques et complications possibles

Dans la majorité des cas, l'intervention se déroule sans complication. Comme toute chirurgie, elle comporte des risques : infection, saignement (parfois transfusion, embolisation ou nouvelle intervention), phlébite et embolie pulmonaire, allergie, complications liées à l'anesthésie. Plus spécifiquement : blessure d'un organe ou d'un vaisseau voisin (foie, rate, tube digestif, pancréas, glande surrénale, diaphragme), pneumothorax, retard de reprise du transit ou occlusion, collection ou abcès, hernie au niveau d'une incision, troubles de la sensibilité autour de la cicatrice ; rarement, conversion en chirurgie ouverte ; à distance, insuffisance rénale chronique et, très rarement, recours à la dialyse. Toute fièvre, douleur inhabituelle, saignement important ou écoulement par la cicatrice après votre retour à domicile doit être signalé.

Appelez sans attendre en cas de…

- Fièvre supérieure à 38 °C ou frissons.
- Saignement important, sang abondant dans les urines ou écoulement par la cicatrice.
- Douleur intense ou inhabituelle du côté opéré ou de l'abdomen.
- Cicatrice rouge, chaude et douloureuse.
- Absence de gaz ou de selles avec nausées ou vomissements.
- Douleur ou gonflement d'un mollet, essoufflement.

Secrétariat : **04 94 36 77 11**. **Appelez le 15** en cas de douleur dans la poitrine, de malaise ou de gêne respiratoire importante.

Information générale : la technique proposée est décidée avec vous après la RCP et peut différer selon votre situation.

Le suivi

- Consultation postopératoire avec les résultats de l'analyse du rein.
- Discussion en RCP si un traitement complémentaire est envisagé : selon l'analyse, une immunothérapie dite « adjuvante » peut parfois être proposée.
- Surveillance par examen clinique, prises de sang (dont la fonction rénale) et imagerie selon la maladie, en général pendant au moins 5 ans.
- Accès aux soins de support : kinésithérapie, diététique, psychologie.

Questions fréquentes

Pourquoi retirer tout le rein et pas seulement la tumeur ?

Lorsque la tumeur est volumineuse, centrale ou difficile d'accès, conserver une partie du rein n'est pas toujours possible sans risque. L'ablation complète est alors le traitement le plus sûr.

Puis-je vivre normalement avec un seul rein ?

Oui, dans la grande majorité des cas. Le rein restant compense la fonction du rein retiré, sous surveillance régulière.

Quelle différence avec une chirurgie par grande incision ?

Les résultats sur la maladie sont comparables. La cœlioscopie permet généralement moins de douleur et une récupération plus rapide, mais elle demande une équipe expérimentée.

L'intervention peut-elle être convertie en chirurgie ouverte ?

Rarement, si les conditions techniques ou la sécurité l'exigent. Cette possibilité est discutée avec vous avant l'intervention.

Quand pourrai-je reprendre mes activités ?

La reprise est progressive, en général entre 1 et 3 mois selon votre état et le geste réalisé. Votre chirurgien vous précise les dates.

Faut-il un traitement après l'opération ?

Pas toujours. L'analyse du rein guide la suite : le plus souvent une surveillance suffit ; un traitement complémentaire peut parfois être discuté en RCP.

Et si la tumeur atteint la veine cave ?

Certaines tumeurs s'étendent dans la veine cave inférieure. Cette chirurgie plus complexe est réalisée en lien avec les équipes de chirurgie vasculaire et d'anesthésie-réanimation.

POUR EN SAVOIR PLUS

Retrouvez cette explication en ligne, avec les schémas illustratifs :

https://www.urocancer-var.fr/chirurgie-robotique/nephrectomie-totale

Cancer du rein : https://www.urocancer-var.fr/cancers/rein
Toutes les interventions : https://www.urocancer-var.fr/chirurgie-robotique

Une question ? Notre équipe est à votre écoute : **04 94 36 77 11** · toulon@urovar.fr

Scannez pour ouvrir la page

Information générale : la technique proposée est décidée avec vous après la RCP et peut différer selon votre situation.