

SURRENALECTOMIE

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.

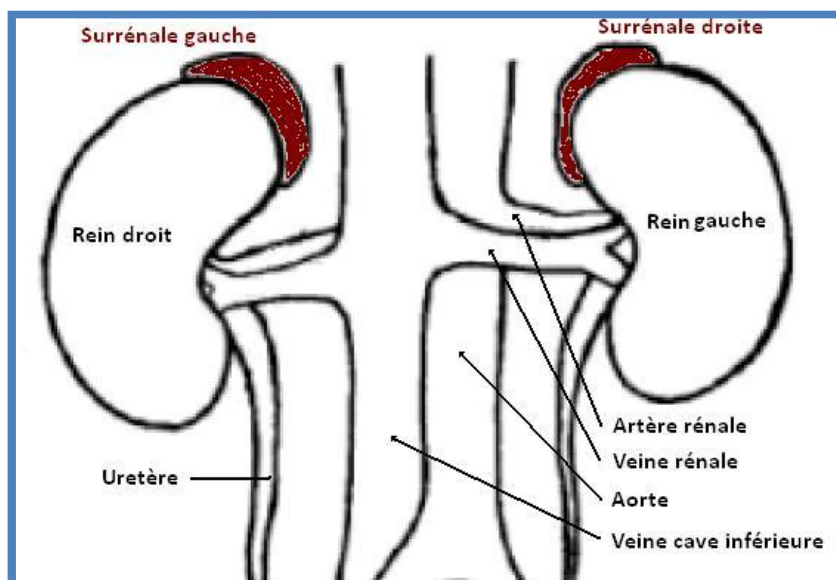
Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

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.

Les glandes surrénales

Les glandes surrénales au nombre de deux sont chacune située au-dessus du rein correspondant. Elles sont de forme triangulaire et ont normalement la taille d'un pouce.

Ces deux organes sont des glandes dites endocrines parce qu'elles produisent des hormones. Ces hormones surrénales sont impliquées dans la commande de la tension artérielle, l'équilibre ionique du sang, l'utilisation de l'eau dans le corps, l'utilisation du glucose et la réaction de stress. Produites par les surrénales, elles sont de différents types : le cortisol, l'aldostérone, les hormones du stress (adrénaline notamment) et une petite fraction des hormones sexuelles (oestrogènes et androgènes).



Les maladies de la surrénale

Elles sont relativement rares. Une masse ou une tumeur de la surrénale est souvent trouvée fortuitement lors d'une échographie ou d'un scanner. La cause la plus fréquente d'intervention d'ablation d'une glande surrénale est la production excessive d'hormones par une tumeur située dans cette glande.

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.

La plupart de ces tumeurs sont de petit volume et correspondent à des lésions bénignes pouvant habituellement être enlevées par technique laparoscopique.

L'ablation de la surrénale peut également être nécessaire en cas de lésion de grande taille ou de risque de cancer. Les tumeurs surrénales malignes sont rares.

Quels en sont les symptômes ?

De nombreux symptômes sont liés à la production excessive d'hormones par la glande anormale. C'est le cas des phéochromocytomes, des tumeurs produisant de l'aldostérone, et des tumeurs produisant du cortisol. Les principaux tableaux cliniques sont indiqués ci-dessous :

- ◆ Les phéochromocytomes peuvent causer une hypertension très sévère, des maux de tête graves, une transpiration excessive, de l'inquiétude, des palpitations et une fréquence cardiaque rapide pouvant durer de quelques secondes à plusieurs minutes.
- ◆ Les tumeurs produisant de l'aldostérone sont responsables d'hypertension et de niveaux bas de potassium dans le sang. Chez certains patients, la conséquence en est de la fatigue et des mictions fréquentes.
- ◆ Les tumeurs produisant du cortisol sont à l'origine d'un syndrome nommé syndrome de Cushing, caractérisé par l'obésité (particulièrement du visage et du tronc), un taux élevé de sucre dans le sang, l'hypertension, des irrégularités menstruelles, une peau fragile, et des vergetures. La plupart des cas de syndrome de Cushing sont provoqués par de petites tumeurs de l'hypophyse et ne sont pas traitées par l'ablation de la surrénale (surrénalectomie). Les atteintes de la surrénale expliquent environ 20% de cas de syndrome de Cushing.
- ◆ Par ailleurs, une masse trouvée fortuitement dans la surrénale peut appartenir à l'un des types de tumeurs décrits précédemment, ou ne produire aucune hormone du tout. L'ablation chirurgicale d'une tumeur de la surrénale non sécrétante est indiquée
 - Si la taille de la tumeur dépasse 4-5 centimètres.
 - Ou s'il y a suspicion de malignité.
- ◆ Les cancers de la glande surrénale (corticosurréalome) sont des tumeurs rares, habituellement de grande taille au moment du diagnostic. L'ablation de ces tumeurs est en général réalisée par chirurgie ouverte.

Quelle préparation avant la chirurgie ?

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant la date de l'intervention.

Certains patients peuvent avoir besoin d'une préparation pour contrôler les symptômes de la tumeur, tels que l'hypertension.

Les patients avec un phéochromocytome devront commencer un traitement spécifique plusieurs jours avant la chirurgie afin de contrôler leur tension artérielle et leur fréquence cardiaque.

Dans le cas de tumeur sécrétant de l'aldostérone, le potassium sérique est vérifié et une supplémentation en potassium est prescrite si le niveau est bas.

Pour le syndrome de Cushing, une supplémentation en cortisone est apportée le jour de l'opération et pendant plusieurs mois après la chirurgie, jusqu'à ce que la glande surrénale restante ait repris une fonction normale.

Technique opératoire

Deux techniques permettent de réaliser l'ablation de la surrenale : la coelioscopie et la chirurgie ouverte.

◆ CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE

Elle est réalisée sous anesthésie générale.

Un trocart (tube étroit) est placé dans la cavité abdominale ou au niveau du flanc juste au-dessous des côtes. Un laparoscope (télescope minuscule) relié à une caméra est passé dans le trocart. Ceci donne au chirurgien une vue magnifiée des organes internes du patient sur écran vidéo. Des instruments introduits au travers d'autres trocarts permettent au chirurgien de séparer délicatement la glande surrenale de ses attaches. Une fois la glande surrenale libérée, elle est placée dans un petit sac et extraite par une des incisions. Il est presque toujours nécessaire d'enlever la glande surrenale en entier afin d'éviter tout risque de récurrence. Les petites incisions sont refermées à l'aide d'agrafes ou de fil.

Dans certains centres, la coelioscopie peut être réalisée de manière robot-assistée. Dans ce cas, les informations données ci-dessus restent valables.

Dans un nombre restreint de cas, la chirurgie coelioscopique ne peut être menée jusqu'à son terme. Dans cette situation, l'opération est poursuivie en chirurgie ouverte. On parle de conversion.

◆ CHIRURGIE OUVERTE

Elle est réalisée sous anesthésie générale.

Une incision de 5-10 cm est réalisée au niveau de l'abdomen sur la ligne médiane, au niveau du flanc juste au-dessous des côtes ou de manière plus postérieure. Le chirurgien sépare délicatement la glande surrenale de ses attaches. Une fois la glande surrenale libérée, elle est extraite par l'incision. La paroi est refermée à l'aide de fils, et la peau à l'aide d'agrafes ou de fils.

La décision d'exécuter une chirurgie ouverte appartient à votre chirurgien en fonction essentiellement des caractéristiques de la tumeur surrenalienne.

Quelle que soit la technique utilisée, un ou plusieurs drains ou lames peuvent être mis en place en fin d'intervention. Ils permettent de surveiller les écoulements du site opératoire.

Suites habituelles

L'estomac est parfois mis au repos par une sonde sortant par une narine, dans le but d'éviter les vomissements, source de douleurs au niveau des cicatrices. La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous sont administrés régulièrement.

Une sonde urinaire est généralement mise en place pendant l'anesthésie pour surveiller le bon fonctionnement des reins et vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil. Cette sonde est laissée en place de un à quelques jours.

Vous êtes habituellement autorisé à vous lever dès le lendemain de l'opération et à vous réalimenter dès la reprise du transit intestinal.

Le moment de l'ablation du ou des drains et de la sonde urinaire est variable et défini par le chirurgien. L'hospitalisation n'excède généralement pas une semaine et une convalescence de quelques semaines est nécessaire. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de travail si besoin.

Le suivi dont vous ferez l'objet après l'intervention répond à deux objectifs :

- ◆ Vérifier l'absence de récurrence en cas de tumeur maligne.
- ◆ Surveiller l'équilibre hormonal et la tension.

La convalescence peut être longue en fonction de la sévérité du désordre hormonal entraîné par la tumeur et de votre état général.

En postopératoire d'un phéochromocytome, une admission en service de réanimation peut être nécessaire afin de surveiller la tension artérielle.

Les patients opérés d'une tumeur sécrétant de l'aldostérone doivent faire vérifier leur niveau de potassium sérique et peuvent être obligés de poursuivre leur traitement pour la tension artérielle.

Pour les tumeurs sécrétant du cortisol, une supplémentation en hydrocortisone est prescrite pendant plusieurs mois après la chirurgie.

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 l'opération :

- Saignement pouvant nécessiter une transfusion
- Hypertension ou au contraire, baisse de la tension artérielle (surtout en cas de phéochromocytome)
- Blessures d'organes de l'abdomen, notamment du rein pouvant nécessiter une intervention sur le rein (parfois son ablation)

Après l'opération :

Précocement :

- Hématome ou saignement pouvant nécessiter une reprise chirurgicale
- Phlébite ou embolie pulmonaire
- Epanchement de liquide ou de gaz dans la plèvre
- Complications digestives : retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion pouvant justifier une réintervention ; ulcère de l'estomac.
- Très rarement, fistule urinaire ou digestive, pancréatite

A distance :

- Comme dans toute intervention abdominale, des déformations de la paroi de l'abdomen, plus ou moins importantes, et des brides intra-abdominales peuvent survenir.

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.