



SFUPA

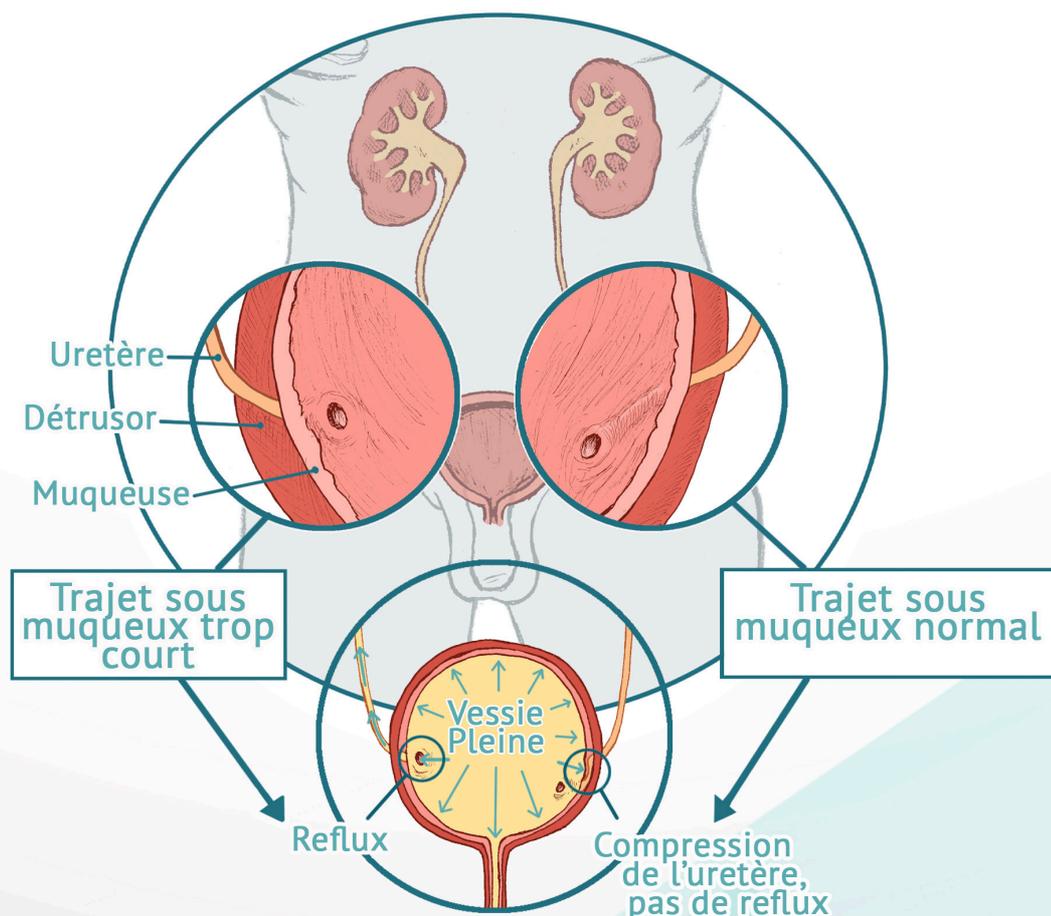
Société Francophone d'Urologie Pédiatrique et de l'Adolescent

Reflux Vésico-Urétral Traitement Chirurgical

Fiche d'information élaborée par la
Société Francophone d'Urologie Pédiatrique et de l'Adolescent

Qu'est-ce que le reflux vésico-urétéral ?

Les urines sont produites par les reins afin d'éliminer une partie des déchets de l'organisme. Elles sont transportées par les uretères vers la vessie. L'abouchement des uretères dans la vessie est oblique et long ce qui induit un système de clapet anti-reflux évitant aux urines de remonter vers les reins. Ce système est défaillant en cas de reflux vésico-urétéral. Ainsi, les bactéries présentes de façon transitoires dans la vessie peuvent remonter vers les reins et entraîner une infection du rein appelée pyélonéphrite aiguë. La gravité du reflux est en fonction de la fréquence des infections urinaires, de l'existence d'une dilatation des voies urinaires et de la présence de cicatrice sur le rein. Ces éléments sont mis en évidence par la réalisation d'une échographie et d'une cystographie nécessaires au diagnostic et à l'évaluation de la gravité. La scintigraphie permet de déterminer l'existence ou non de lésions rénales.



Alternatives thérapeutiques :

Quatre attitudes sont actuellement possibles en cas de présence d'un reflux vésico urétéral, du moins invasif au plus invasif et par ordre d'efficacité :

- 1- **Surveillance** : dans les cas les moins graves et si l'enfant a moins de 4 ans, la croissance permet parfois une guérison spontanée.
- 2- **Antibioprophylaxie** : consiste à donner de faibles doses d'antibiotiques afin d'éviter la survenue de pyélonéphrites.
- 3- **Traitement endoscopique.**
- 4- **Traitement chirurgical** : consiste en une réimplantation des uretères dans la vessie afin de renforcer le système anti-reflux.

En plus de ces options thérapeutiques, des mesures additionnelles sont proposées afin d'améliorer la vidange de la vessie et de diminuer le risque d'infection urinaire. Ces mesures consistent en des mictions régulières, un traitement d'une éventuelle constipation et une bonne hygiène périnéale. Le rôle des probiotiques ou des produits dérivés de la canneberge reste encore à définir.

Le choix de l'attitude thérapeutique dépend du degré de sévérité du reflux jugé sur les éléments suivants : nombre de pyélonéphrites préalables, fonction rénale altérée, grade du reflux.

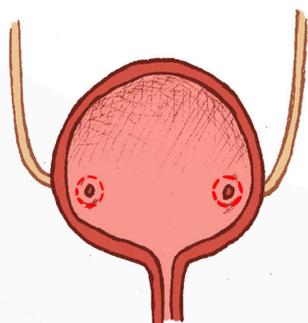
Traitement Chirurgical :

L'intervention se déroule sous anesthésie générale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est donc nécessaire. Le médecin anesthésiste vous informera sur le déroulement de l'anesthésie et fera faire les examens préopératoires qu'il jugera nécessaire, notamment un examen bactériologique des urines à faire la semaine précédant l'intervention. Un traitement antibiotique sera prescrit en cas d'infection urinaire.

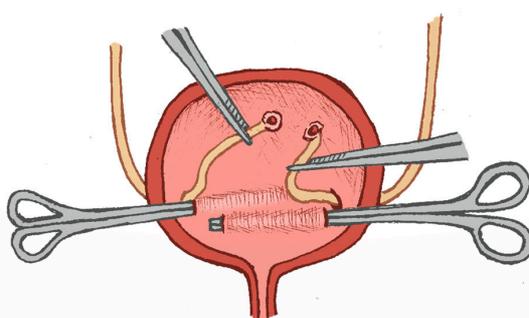
La chirurgie consiste à rallonger le trajet sous muqueux de l'uretère, soit en passant par l'intérieur de la vessie (intervention de Cohen), soit sans ouvrir la vessie (intervention de Lich-Gregoir). L'indication est posée par le chirurgien pédiatre. Il existe de nombreuses techniques. Nous vous en présentons deux des plus fréquemment utilisées.

L'intervention de Cohen :

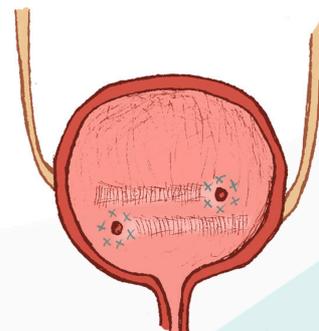
La peau est incisée horizontalement au-dessus du pubis. La vessie est ouverte. Le, ou les uretère(s) sont réimplantés dans la vessie et fixés à la paroi vésicale dans leur nouvel emplacement. La vessie est refermée en laissant en place une sonde vésicale. Dans certains cas, une sonde urétérale peut aussi être laissée en place.



ouverture de la vessie
et incisions des uretères



Libération des uretères
et préparation d'un trajet
sous muqueux



Uretères réimplantées et
croisées dans la vessie

Comment se déroule l'hospitalisation ?

En revenant du bloc, l'enfant est généralement porteur :

- D'une sonde vésicale qu'il va garder pendant 2 à 5 jours.
- D'une perfusion, pour l'hydratation et les médicaments (antalgiques, antibiotiques).

Quel est le suivi après la sortie de l'hôpital ?

Une consultation avec le chirurgien, généralement avec suivi échographique, est préconisée dans les mois suivant l'intervention.

Quelles sont complications possibles ?

Certaines sont immédiates, apparaissant au cours de l'hospitalisation :

- La présence de sang dans les urines, voire de caillots, est normale. Il suffit habituellement d'augmenter la diurèse (augmenter les apports en eau par voie orale ou via la perfusion). Mais parfois la sonde peut se boucher ce qui nécessite des lavages, voire un changement de sonde.
- Un œdème (gonflement trop important dû à la libération de l'uretère) peut entraîner un obstacle passager à l'écoulement des urines. Il se traduit par des vomissements ou une diminution de la quantité d'urines. Il peut nécessiter l'administration de corticoïdes pendant 48 heures, ou, de façon exceptionnelle, une reprise chirurgicale.
- Un hématome ou exceptionnellement un abcès (infection) de la cicatrice peuvent se voir et rentrent habituellement dans l'ordre avec des soins locaux.

D'autres peuvent survenir plus tard, dans les semaines suivant l'opération :

- Il s'agit le plus souvent du rétrécissement (sténose) de l'uretère. Il donne une dilatation des cavités rénales sus-jacentes. Quand la dilatation est trop importante, elle peut nécessiter une réintervention le plus souvent par voie endoscopique (passage d'une caméra et d'instruments par les voies naturelles).
- L'échec avec réapparition du reflux est rare. Un geste endoscopique complémentaire peut être proposé.
- La réapparition d'infections urinaires n'est pas synonyme d'échec chirurgical. La chirurgie supprime le reflux mais des infections urinaires basses (sans fièvre) restent possibles.

Le chirurgien jugera de la nécessité d'un traitement antibiotique prolongé et/ou d'une nouvelle cystographie.

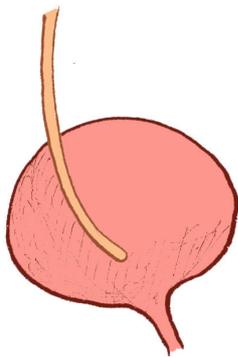
L'intervention de Lich-Gregoir :

Elle peut être menée par chirurgie conventionnelle ou « coelioscopique » (sous contrôle d'une caméra introduite par le nombril), sous anesthésie générale.

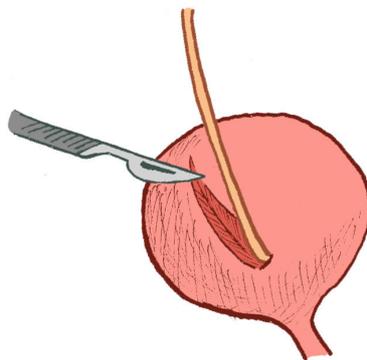
Il n'y a pas d'ouverture de la vessie. Elle est plus adaptée aux reflux unilatéraux.

Seul le détrusor est ouvert sur quelques centimètres, en arrière du point d'entrée de l'uretère dans la vessie.

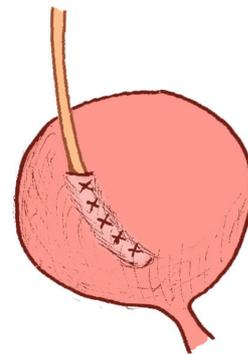
Le trajet sous la muqueuse va être rallongé en couchant l'uretère dans cette ouverture du muscle, qui est refermé par-dessus, par une série de points.



Vessie et uretère
vue de profil



Ouverture du détrusor pour y
couler l'uretère



Vue après suture du
muscle sur l'uretère

Comment se déroule l'hospitalisation ?

En revenant du bloc, l'enfant est généralement porteur :

- D'une perfusion, pour l'hydratation et les médicaments (antalgiques contre la douleur et antibiotiques pour prévenir l'infection).

Comme il n'y a pas d'ouverture de la vessie, il n'y a, en général, pas de sonde vésicale.

Quel est le suivi après la sortie de l'hôpital ?

Une consultation avec le chirurgien, généralement avec suivi échographique, est préconisée dans les mois suivant l'intervention.

Un suivi au long cours par un néphropédiatre est parfois nécessaire.

