

Cette fiche a été rédigée par la **Section Française d'Urologie pédiatrique** (S.F.U.P.), dans le cadre de la **Société Française de Chirurgie Pédiatrique** (S.F.C.P.), pour vous informer sur l'intervention d'urologie pédiatrique qui va être réalisée chez votre enfant.

Y sont exposées les raisons de l'acte opératoire que va effectuer le chirurgien, son déroulement, les conséquences habituelles, ainsi que les risques et complications possibles.

Cette fiche ne remplace pas les informations, particulières que vous donne le chirurgien qui a pris en charge votre enfant.



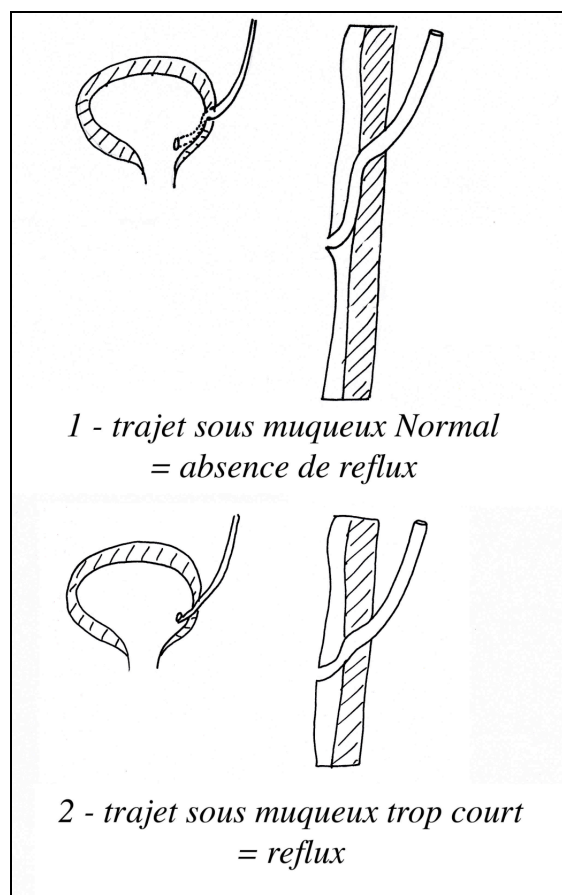
SECTION FRANCAISE D'UROLOGIE PEDIATIQUE

REIMPLANTATION URETERO-VESICALE POUR REFLUX VESICO-URETERAL

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

L'intervention a pour but d'augmenter la longueur du trajet de l'uretère dans la paroi vésicale, entre le muscle vésical et la muqueuse. Un trajet sous muqueux normal empêche le reflux. (figure n°1): lorsque la vessie se remplit, l'uretère est pris en « sandwich », de telle sorte que l'urine ne peut plus remonter vers les reins. Un trajet sous muqueux trop court est inefficace pour empêcher le reflux. (figure n°2)

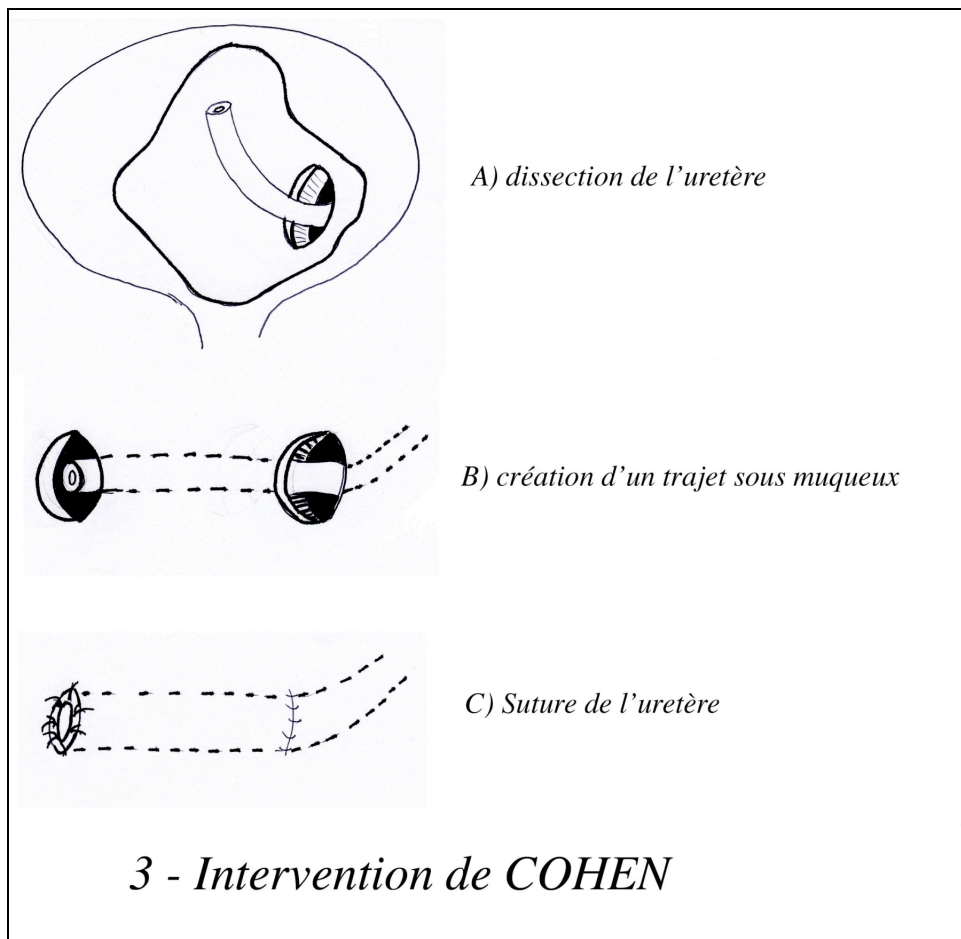
La principale indication de cette intervention est le reflux vésico-urétéral.



L'intervention de COHEN

L'intervention la plus classique est l'intervention de COHEN (figure n°3). Elle nécessite l'ouverture de la vessie.

L'incision cutanée est une incision horizontale au dessus du pubis. La vessie est ouverte verticalement. L'uretère est libéré de son trajet et mobilisé. Du fait de son élasticité, on peut ainsi attirer 4 à 5 cms d'uretère dans la vessie. Ensuite, on crée un trajet dans la paroi vésicale, entre le muscle et la muqueuse. L'uretère est glissé dans ce passage, puis est suturé à la paroi vésicale dans son nouvel emplacement. La vessie est refermée, de même que les muscles de l'abdomen. Une sonde est laissée dans la vessie pendant 2 à 4 jours pour faciliter la cicatrisation. L'intervention est souvent réalisée sur les 2 uretères en même temps : « Cohen bilatéral »



Inconvénients

Ce sont ceux de toute intervention : la cicatrice, la douleur post-opératoire, l'hospitalisation. La sonde urinaire est conservée entre 2 et 4 jours. Elle n'est pas douloureuse en elle-même, mais est gênante.

Avantages de l'intervention

- sa fiabilité l'intervention de Cohen est une intervention sûre et efficace, procurant plus de 98% de correction définitive du reflux sur uretères fins, et environ 95% sur uretères dilatés.
- la rareté des complications

L'INTERVENTION EN PRATIQUE

L'enfant est généralement hospitalisé la veille de l'intervention. Une analyse d'urines est pratiquée. S'il existe une infection, l'intervention est annulée.

Lorsque l'enfant revient du bloc, il a généralement une sonde vésicale et une perfusion.

- La sonde vésicale permet de surveiller les urines.
- La perfusion permet d'administrer des médicaments et d'hydrater suffisamment l'enfant.

Les médicaments sont des antalgiques (lutte contre la douleur) et des antibiotiques (lutte contre l'infection).

La sortie est décidée par le chirurgien lorsque l'alimentation est possible normalement, que la douleur n'est pas trop importante et répond bien aux antalgiques donnés par la bouche. Des brûlures mictionnelles sont encore possibles pendant quelques jours, à la sortie de l'hôpital.

L'enfant revient voir son chirurgien 1 à 2 mois après l'intervention.

Une surveillance échographique est souhaitable. La cystographie de contrôle n'est pas systématique.

Durant ce premier mois, il est habituel de conserver un traitement antibiotique.

Les complications

Certaines sont immédiates et apparaissent au cours de l'hospitalisation.

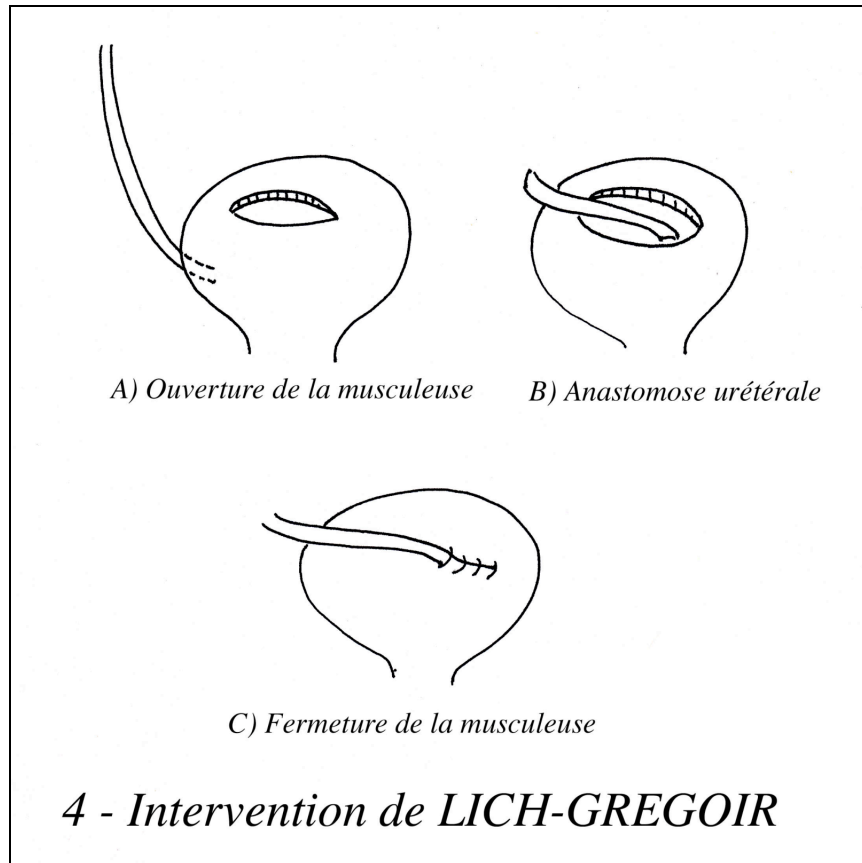
- La présence de sang dans la sonde urinaire, avec des urines rouges, est normale. Il peut même y avoir des caillots. On se contente en général d'augmenter les boissons ou la perfusion, et tout rentre dans l'ordre rapidement. Parfois, lorsque les caillots sont trop importants, la sonde peut se boucher. On la débouche alors ; parfois il est nécessaire de la changer.
- Un œdème trop important peut créer un obstacle passager à l'écoulement des urines. Cet inconvénient peut se révéler par des vomissements, ou par une diminution de la quantité des urines. On donne parfois dans ce cas des corticoïdes durant 48 heures. De façon tout à fait exceptionnelle, il peut être nécessaire de réintervenir pour déboucher un uretère.
- Au niveau de la cicatrice, il peut exister un hématome (bénin), ou un abcès de paroi (très rare).

D'autres complications peuvent survenir de façon retardée, dans les semaines suivant l'opération.

- Il s'agit essentiellement du rétrécissement de l'uretère, ce qui donne une dilatation des cavités rénales au dessus. Lorsque cette dilatation est trop importante, une réintervention est parfois nécessaire, le plus souvent par voie endoscopique.
- L'échec avec absence de disparition du reflux est très rare ; il nécessite rarement une réintervention, car il peut disparaître spontanément au bout de quelques mois.
- La récurrence d'infections urinaires n'est pas synonyme d'échec chirurgical. L'intervention supprime le reflux, mais les infections urinaires peuvent récidiver après guérison du reflux. Il s'agit alors le plus souvent d'infections urinaires basses, sans fièvre. Dans ces cas, le traitement antibiotique doit être prolongé. Un contrôle échographique et cystographique est alors nécessaire.

L'intervention de LICH-GREGOIR

Cette intervention est parfois pratiquée en cas de reflux simple unilatéral (figure n°4).



Elle consiste à réimplanter l'uretère sans avoir à ouvrir la vessie. On réalise une incision latérale des muscles abdominaux. Le muscle vésical est incisé sans ouvrir la muqueuse. L'uretère est ensuite glissé dans le trajet ainsi créé. Le muscle vésical est ensuite refermé au dessus de l'uretère qui se trouve ainsi pris entre muscle et muqueuse.

Cette intervention a pour principal avantage le fait de n'avoir pas à réaliser de grande ouverture de la vessie, ce qui facilite les suites post-opératoires et rend la sonde vésicale le plus souvent inutile.

AUTEURS DES FICHES UROLOGIE

Chirurgiens d'enfants, membres de la S.F.U.P., ayant participé à la rédaction des fiches sur les interventions d'urologie pédiatrique :

AUDRY G.
DODAT H.
FAYAD F.
EL GHONEIMI A.
GAUDIN J..
GEISS S.

GRAPIN C.
GUYS JM
MERROT T.
MOOG R.
SZWARC C.
VALLA J