

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.



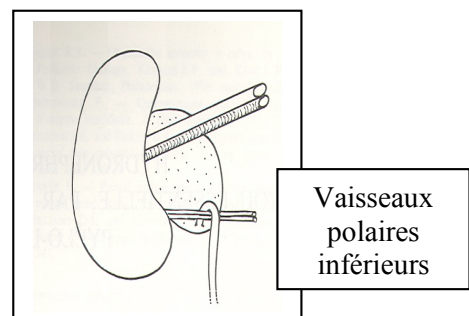
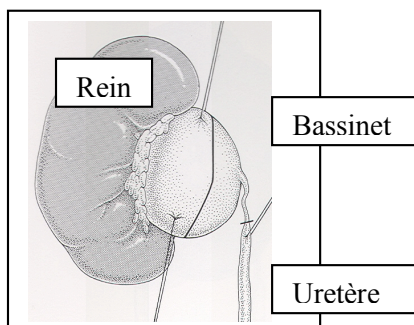
SECTION FRANCAISE D'UROLOGIE PEDIATIQUE

**INTERVENTION POUR SYNDROME
DE LA JONCTION PYELO-URETERALE**

ORGANE ET PATHOLOGIE

La pathologie que présente votre enfant est une anomalie de la jonction entre le rein et l'uretère. L'urine fabriquée par le rein passe dans les cavités rénales (calices et bassinets) puis dans l'uretère qui la conduit dans la vessie.

Il s'agit le plus souvent d'une anomalie congénitale consistant en un rétrécissement à la sortie du bassinets dû à un canal trop étroit (anomalie localisée de la paroi de l'uretère modifiant son fonctionnement) ou à une compression externe (par exemple des vaisseaux de la partie inférieure du rein).



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Ce rétrécissement représente un obstacle empêchant le bon écoulement de l'urine qui stagne dans les cavités rénales entraînant leur dilatation.

La pathologie est le plus souvent découverte pendant la grossesse et l'indication opératoire n'est pas systématique à la naissance.

Les conséquences les plus fréquentes sont les douleurs mais cet obstacle peut progressivement altérer la fonction du rein jusqu'à sa destruction.

Plus rarement, on peut observer des lithiases (calculs rénaux) ou des infections.

Les examens complémentaires réalisés ont pour but d'évaluer le retentissement de la pathologie sur la fonction du rein afin de poser l'indication opératoire.

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Si les examens ne retrouvent pas d'altération de la fonction du rein, il est possible de ne pas opérer d'emblée en surveillant régulièrement votre enfant cliniquement et radiologiquement.

Si la fonction du rein atteint est faible ou nulle, son ablation peut être discutée.

En cas de complication infectieuse grave non contrôlée par le traitement médical, on peut proposer un drainage du rein en urgence (voire son ablation).

TECHNIQUES OPERATOIRES

L'intervention s'effectue sous anesthésie générale.

Elle peut être réalisée par différentes voies :

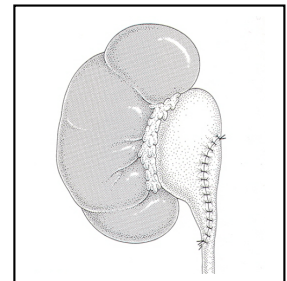
- chirurgicale par incision postérieure ou latérale horizontale
- coelioscopique

Le choix de la voie d'abord est fait en fonction de l'âge et de la morphologie de l'enfant ainsi que des habitudes du chirurgien.

La durée de l'intervention est en moyenne de 1h30 à 2 heures.

La technique consiste à supprimer la zone rétrécie, diminuer la taille du bassinet si cela est nécessaire puis à suturer le bassinet avec l'uretère en zone saine.

Des drains peuvent être mis en place à différents niveaux de manière temporaire (à l'intérieur du rein et à travers l'anastomose ou autour du rein) ainsi qu'une sonde vésicale. Ces différents drainages dépendent des constatations opératoires et des habitudes de votre chirurgien.



SUITES HABITUELLES

Votre enfant sera perfusé jusqu'à la reprise de l'alimentation (en principe, le lendemain de l'intervention). Cette perfusion servira également pour d'éventuels antibiotiques et pour les anti-douleur qui seront donnés systématiquement les 24 / 48 premières heures puis donnés par la bouche et à la demande dès que possible.

L'enfant sera le plus souvent maintenu au lit jusqu'à l'ablation des drains et sondes.

La surveillance des drainages est assurée par le chirurgien qui décidera du moment de leur ablation.

La durée d'hospitalisation dépend essentiellement du type de drainage (en moyenne une semaine).

Après la sortie de l'hôpital, l'enfant sera revu en consultation dans un délai établi par le chirurgien . Il sera ainsi suivi cliniquement et radiologiquement jusqu'à la fin de sa croissance de manière de plus en plus espacée en fonction de l'évolution.

En général, cette évolution se traduit par une diminution progressive de la dilatation (pas toujours par une disparition complète) et en cas d'atteinte rénale par une stabilisation voire une amélioration de la fonction rénale.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Comme toute intervention chirurgicale, il existe des risques généraux ou liés à l'anesthésie (ceux-ci vous seront expliqués lors la consultation pré-opératoire avec l'anesthésiste).

Par ailleurs, il existe des risques et des complications spécifiques à cette pathologie, au geste chirurgical ainsi qu'à la technique opératoire employée.

Pendant l'intervention :

- plaie des vaisseaux rénaux (pouvant entraîner la perte du rein)
- plaie des cavités intra-rénales pouvant entraîner une fuite d'urine autour du rein
- blessure d'un organe voisin

En cas d'intervention par coelioscopie, une impossibilité ou des difficultés techniques peuvent nécessiter de poursuivre par voie chirurgicale ouverte.

Après l'intervention :

- infection des urines ou au niveau de la cicatrice
- fuites d'urine par la suture
- sténose (rétrécissement) précoce de la suture due aux phénomènes inflammatoires post-opératoires
- retard à la reprise du transit intestinal ou exceptionnellement occlusion intestinale.

Des traitements adaptés seront alors instaurés pouvant conduire à une reprise chirurgicale.

A distance :

- sténose de l'anastomose avec récurrence ou augmentation de la dilatation.

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.

GUYSS JM

MERROT T.

MOOG R.

SZWARC C.

VALLA J