

**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 DUROLOGIE PEDIATIQUE



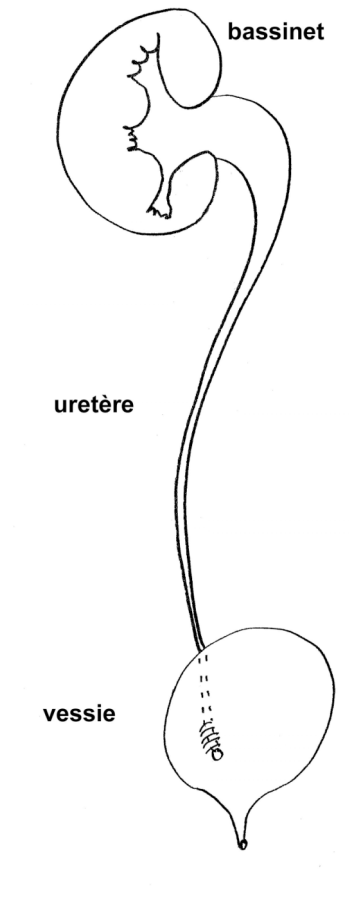
## **Intervention pour méga uretère obstructif**

### **Pathologie**

L'affection que présente votre enfant correspond à une anomalie de la jonction entre l'uretère et la vessie.

En effet, l'urine excrétée par le rein passe des cavités rénales (calice et bassinets) dans l'uretère qui propulse l'urine jusqu'à la vessie.

## Schéma du rein, de l'uretère et de la vessie.



Dans le méga uretère, la distension de ce dernier peut être en rapport soit avec un rétrécissement à l'arrivée de l'uretère dans la vessie, soit avec une anomalie de contraction de l'uretère, ce dernier n'étant pas alors capable de propulser l'urine dans la vessie. Enfin, le méga-uretère peut être associé à un reflux vésico-urétéral (remontée d'urine de la vessie vers l'uretère du fait de l'inefficacité du système antiretour).

### Pourquoi une intervention ?

Le méga-uretère est souvent diagnostiqué à la naissance suite à un examen demandé du fait d'un dépistage pendant la grossesse.

Cependant, l'indication chirurgicale est loin d'être systématique.

Une intervention sera proposée s'il y a un défaut d'écoulement d'urine entraînant :

- soit une augmentation de pression dans les cavités rénales avec perte de la fonction du rein surveillé en scintigraphie ;
- soit des infections urinaires qui peuvent être également le mode de découverte de l'anomalie.

## Est-il possible de ne pas opérer ?

- Si votre enfant ne fait pas d'infection urinaire à type de pyélonéphrite.
- Si les examens ne retrouvent pas de baisse de la fonction du rein, il est possible de ne pas opérer et de surveiller régulièrement votre enfant avec des examens radiologiques et scintigraphiques.

Les chances de guérison spontanée existent en dehors de tout épisode d'infection ou d'altération de la fonction du rein.

## Technique opératoire

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale.

Elle est effectuée par une incision cutanée horizontale dans le pli abdominal inférieur qui n'entraîne pas de dommage esthétique.

La durée du geste chirurgical est généralement de 1 heure et demi à 2 heures.

La technique consiste à supprimer la partie terminale de l'uretère et à reconnecter l'uretère avec la vessie en effectuant un montage empêchant la survenue d'un reflux vésico-urétéral. Pour ce faire, il peut être nécessaire d'effectuer un modelage de l'uretère.

Le modelage, s'il est réalisé, consiste à diminuer le diamètre de la portion terminale de l'uretère qui sera réimplanté dans la vessie.

Le modelage peut être effectué soit en pliant l'uretère sur lui-même (figure 1), soit en enlevant une partie de l'uretère dans le sens longitudinal qui est alors suturé (figure 2). Le choix de la technique dépend de l'expérience du chirurgien et des possibilités locales.

Il peut être nécessaire en cas de difficulté opératoire du à la taille de l'uretère de modifier la forme de la vessie en la fixant au muscle psoas (vessie psoïque) ce qui n'entraîne aucune conséquence sur le fonctionnement de la vessie.

Figure 1

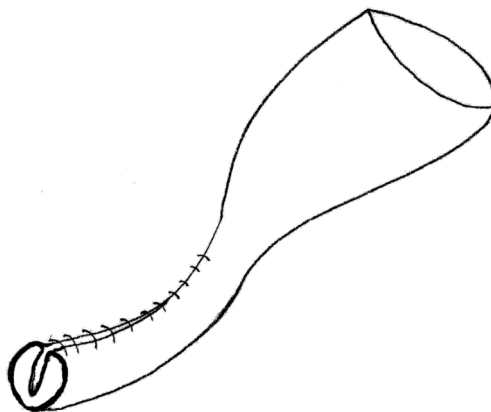
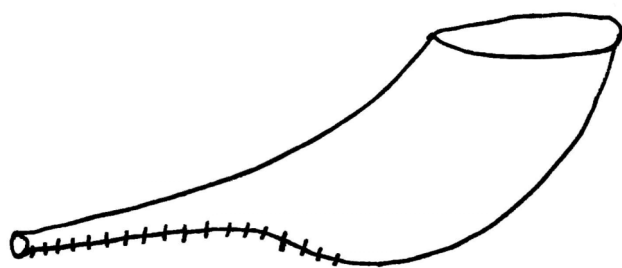
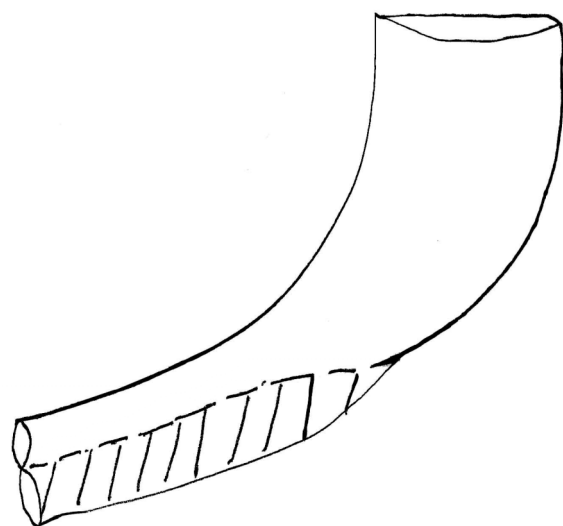


Figure 2 et 2 bis



## Suites habituelles

De retour dans sa chambre, votre enfant sera perfusé. Cette perfusion sert à donner des apports en eau et en sels minéraux nécessaires jusqu'à la reprise de l'alimentation (en principe dans les 24 heures après l'intervention).

Elle permet de plus l'administration des anti-douleurs qui seront donnés ensuite par la bouche si nécessaire.

Des drains ont été mis en place pendant l'intervention. Il en existe 2 types :

- le premier sert à drainer les urines (sonde urétérale, sonde vésicale),
- les deuxièmes servent à drainer un éventuel hématome ou une fuite d'urine sur les sutures de l'uretère ou de la vessie.

Les drains sont bien tolérés et non douloureux et ce, même à leur ablation. La surveillance des drainages est effectuée par le chirurgien qui décidera du moment de l'ablation des drains.

La sortie s'effectue après l'ablation des drains, une fois que le volume uriné par l'enfant est suffisamment important.

## Suivi

Après la sortie, l'enfant est revu dans un délai établi par le chirurgien.

Le suivi est effectué jusqu'à la fin de la croissance à un rythme fonction de l'évolution. En général, cette dernière se fait vers une diminution progressive de la dilatation (surveillée par échographie), mais n'aboutit pas toujours à une disparition complète.

## Risques et complications

1. Ils sont généraux, le plus souvent liés à l'anesthésie et expliqués lors de la consultation pré-anesthésique obligatoire.
2. Ils sont chirurgicaux spécifiques à la pathologie et à l'intervention. La présence de sang dans les urines est normale dans la semaine suivant l'intervention. Les urines s'éclaircissent rapidement si le volume uriné est suffisant.
3. L'œdème de la muqueuse de la vessie peut gêner l'écoulement des urines dans les jours immédiats après l'intervention voir pendant quelques semaines. Cet œdème peut nécessiter la prescription d'un traitement corticoïde voire de façon exceptionnelle une réintervention pour poser des sondes le temps que l'œdème diminue. dans les jours immédiats après l'intervention.
4. L'infection des urines nécessite un traitement antibiotique.
5. Les fuites d'urines par le drain si elles surviennent, se tarissent en général en quelques jours.
6. A distance de l'intervention, il peut exister sur la cicatrice un hématome ou une infection.

A distance de l'intervention, il peut apparaître de façon très rare un rétrécissement de la partie réimplantée de l'uretère, voir l'apparition d'un reflux d'urine vers le rein pouvant nécessiter une réintervention le plus souvent de façon endoscopique (c'est-à-dire par les voies naturelles).

## 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. , Trousseau - Paris
BESSON R. , Lille
DODAT H. , Lyon
EL GHONEIMI A. . , Robert Debré
FAYAD F. , Trousseau -Paris
FORIN V. , Trousseau - Paris
GAUDIN J. , La Rochelle
GEISS S. , Colmar
GRAPIN C. , Trousseau -Paris
GUY S JM. , La Timone, Marseille
LORTAT-JACOB S., Necker - Paris
MERROT Th. , Hôpital Nord - Marseille
MICHEL JK. , Saint-Denis de la Réunion
MOOG R. , Strasbourg
STEYAERT H., Lenval - Nice
SZWARC C. , Tours
VALLA J , Lenval -Nice