

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.

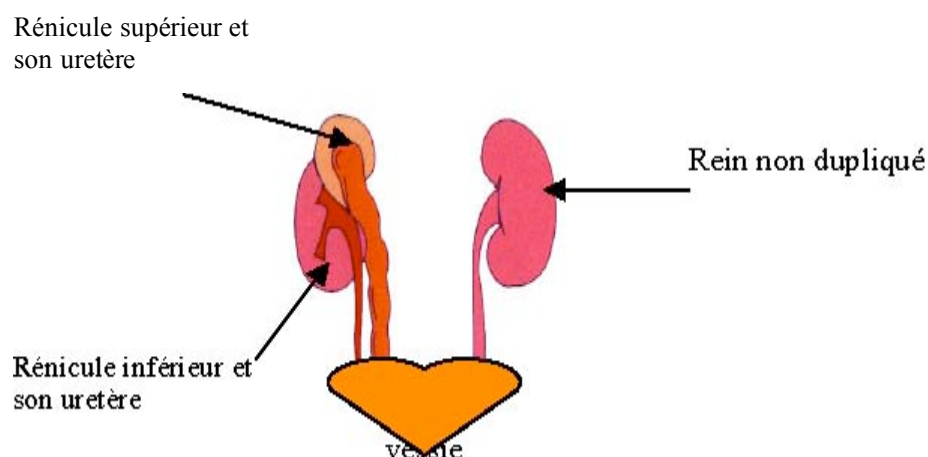


SECTION FRANCAISE D'UROLOGIE PEDIATIQUE

Néphrectomie polaire pour duplication

ORGANE ET PATHOLOGIE

Votre enfant est porteur d'une malformation de la voie urinaire appelée duplication rénale dont la fréquence est estimée à 0,6% de la population générale. Dans cette malformation, le rein est formé de deux parties appelées rénicules ou pyélons : un rénicule supérieur qui représente 1/3 du rein et le rénicule inférieur (les 2/ 3 restant) . L'urine produite par chaque rénicule passe dans des cavités rénales (calices et bassinets) puis dans un uretère qui la conduit dans la vessie. Cette malformation est le plus souvent asymptomatique mais elle peut être responsable de la destruction du rénicule supérieur le plus souvent ou du rénicule inférieur et ou se compliquer d'infection urinaire. Du côté « malade » il y a donc deux conduits (uretères) dirigeant l'urine vers la vessie. La portion terminale de l'uretère du pyélon supérieur détruit est le siège d'un obstacle (urétérocèle ou uretère ectopique). Il peut aussi exister un reflux d'urine dans l'uretère du pyélon inférieur de la vessie jusque dans le rénicule.



QUEL BILAN PRATIQUER?

Cette variation anatomique peut être découverte pendant la grossesse et l'indication opératoire n'est pas systématique. Après la naissance (ou après que le diagnostic ait été suspecté par une échographie des reins) on peut faire une cystographie rétrograde (pour chercher un reflux d'urine), une urographie intraveineuse (parfois nécessaire en cas de doute sur une duplication) et une scintigraphie (pour évaluer la fonction des différentes parties des reins) si cette variation paraît pathologique. Les conséquences les plus fréquentes de cette anomalie sont les infections urinaires qui peuvent altérer le rénicule fonctionnel mais aussi le rein controlatéral. Au terme du bilan pratiqué, les médecins peuvent conclure qu'un des pôles du rein de votre enfant ne fonctionne pas. Dans ce cas on peut proposer d'enlever cette partie (néphrectomie polaire).

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Il est possible de ne pas opérer en surveillant régulièrement votre enfant cliniquement et radiologiquement. L'opération peut être discutée en fonction du risque de survenue de complications infectieuses et /ou de la présence éventuelle d'autres anomalies sur le ou les reins (par ex. un reflux sur l'autre pôle, ou sur l'autre rein). Cette pathologie particulière peut donc donner lieu à des stratégies différentes.

TECHNIQUES OPERATOIRES

L'intervention s'effectue sous anesthésie générale. Elle peut être réalisée par différentes voies : -chirurgicale classique par incision postérieure (dans le dos) ou latérale horizontale (dans le flanc) -coelioscopique par l'abdomen ou rétropéritonéale (dans le flanc) 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. Comme nous l'avons dit plus haut cela dépendra aussi des gestes éventuellement associés que pourra vous proposer votre chirurgien en cas de pathologie un peu plus complexe. La durée de l'intervention est en moyenne de 1h30 à 2h30. La technique consiste à supprimer le rénicule et sa voie urinaire attenante, sans détruire le rénicule restant. Un drain est le plus souvent mis en place de manière temporaire dans la loge rénale au contact de la tranche de section du parenchyme rénal. Une sonde peut être laissée en place dans l'uretère restant et

parfois un sondage vésical. 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. Cette perfusion servira également pour d'éventuels antibiotiques et pour les anti-douleurs qui seront rapidement donnés par la bouche. L'enfant sera le plus souvent maintenu au lit jusqu'à l'ablation des drains. 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 quelques jours). Après la sortie de l'hôpital, l'enfant sera revu en consultation dans les semaines suivantes. Il sera suivi cliniquement et radiologiquement jusqu'à la fin de sa croissance de manière de plus en plus espacée en fonction de l'évolution.

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 : -perte du réticule restant (pouvant entraîner la perte du rein) par un problème vasculaire ou une lésion des vaisseaux rénaux -une fuite d'urine -lésion d'un organe voisin En cas d'intervention par coelioscopie, une impossibilité ou des difficultés techniques peuvent nécessiter de poursuivre par voie chirurgicale ouverte (c'est ce que l'on appelle une conversion).

Après l'intervention : -infection des urines ou au niveau de la cicatrice -fuites d'urine par la tranche de section du rein -hyperthermie en relation avec la section du rein -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 : destruction du réticule restant par atteinte de ses vaisseaux.

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
GUYSS 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., Lerval -Nice
SZWARC C. , Tours
VALLA J. , Lerval -Nice