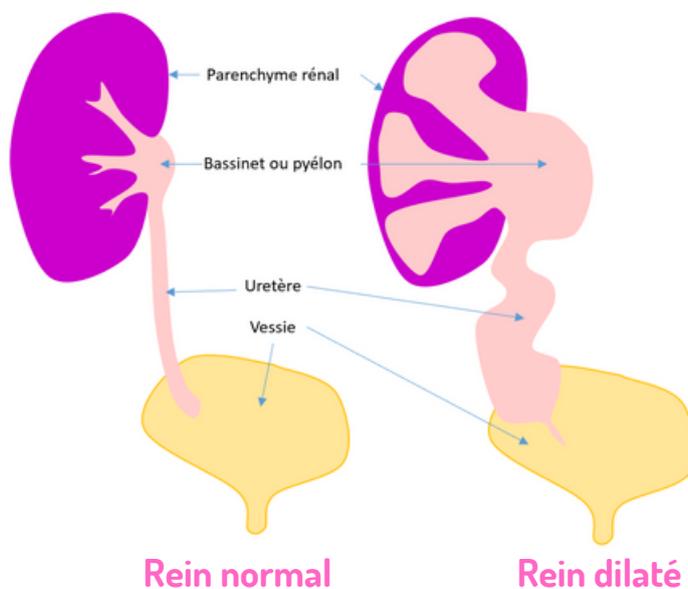




Qu'est ce que c'est ?

Le mégauretère est la conséquence d'une gêne à l'écoulement des urines entre l'uretère et la vessie. L'anomalie peut être unilatérale ou bilatérale.



Comment faire le diagnostic ?

Cette anomalie d'écoulement des urines entre le rein et la vessie est le plus souvent congénitale, c'est-à-dire présent avant la naissance. Cependant, tous les enfants avec une dilatation de l'uretère ne doivent pas être opérés.

En effet, dans une grande partie des cas, la jonction entre la vessie et l'uretère va mûrir avec la croissance et la dilatation s'améliorer. Il ne faut opérer seulement les enfants qui présentent une dilatation qui s'aggrave significativement, ou qui présentent des infections urinaires fébriles à répétition. L'échographie permet de mesurer la taille de la dilatation du bassinets et de l'uretère. La scintigraphie est un examen qui permet de vérifier comment fonctionne le rein atteint. Enfin, dans un certain nombre de cas un reflux d'urine de la vessie vers le rein est présent. C'est pour cela qu'une cystographie rétrograde est réalisée dans certains cas.

Comment prendre en charge ?

Le risque du mégauretère est avant la survenue d'infection urinaire fébrile, ou pyélonéphrite. Pour limiter ce risque des antibiotiques à faible dose peuvent être donnés. Chez le garçon, une circoncision médicale a également un intérêt particulier afin d'attendre la maturation spontanée de la jonction entre l'uretère et la vessie.

Dans les cas les moins sévères, un traitement endoscopique peut être proposé. Lors d'une courte anesthésie générale la jonction entre l'uretère et la vessie sera visualisée avec une caméra miniaturisée introduite par les voies naturelles. La sténose (resserrement) sera dilatée avec un ballon gonflé sous pression.

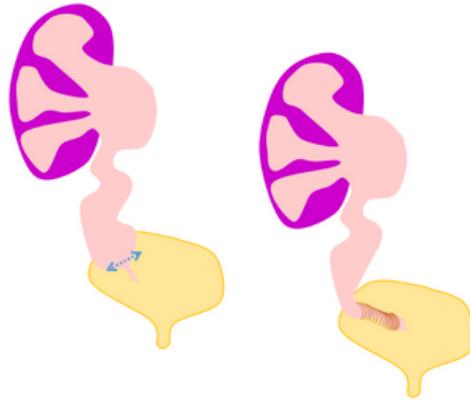
Si le traitement endoscopique ne fonctionne pas ou que la situation le nécessite, une intervention de réimplantation est proposée. Le principe de l'intervention est d'enlever la zone rétrécie et de faire une anastomose (« couture chirurgicale ») entre l'uretère et la vessie en créant un clapet anti-reflux.

La cicatrice est dans le pli abdominal inférieur (comme une césarienne). Une sonde urinaire mise en place quelques jours et parfois un drain interne est mis en place pour faciliter la cicatrisation.

Dans tous les cas, l'intervention sera réalisée sous anesthésie générale lors d'une courte hospitalisation.

L'enfant sera autorisé à boire et manger rapidement après l'opération.

Les urines sont teintées de sang dans les premiers temps, ce qui est normal.



Il y a-t-il des complications à l'intervention ?

Les risques de l'intervention sont faibles. Néanmoins, il est possible d'observer une fuite d'urine au niveau de la suture ou une suture trop serrée entraînant une gêne à l'écoulement des urines. Plus fréquemment une infection urinaire peut survenir pendant la durée du drainage.

Existe-t-il une alternative à la chirurgie ?

Il n'existe pas de médicament qui permet de résoudre une anomalie de l'écoulement des urines. Si la dilatation dépasse une certaine mesure, que la fonction rénale du rein dilaté s'altère ou que les infections urinaires sont fréquentes, il n'y a pas d'autres alternatives que la chirurgie pour éviter la perte du rein.

Quel est le suivi post-opératoire ?

En général une échographie de contrôle est réalisée quelques semaines après l'opération. Il est normal que le rein opéré reste dilaté à la vue de la technique opératoire. Certains enfants garderont une dilatation toute leur vie sans qu'il n'y ait d'obstruction persistante. Puis un contrôle régulier est préconisé avec une échographie pendant quelques années.

En résumé

Le méga uretère est une pathologie bénigne qui nécessite dans certains cas une opération qui vise à rétablir un écoulement des urines correct.

Les complications de l'opération sont rares.