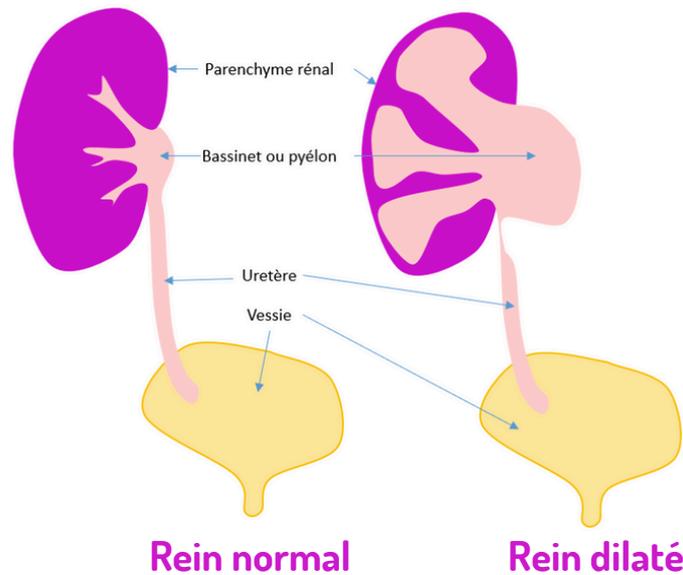




Qu'est ce que c'est ?

Le syndrome de jonction pyélo-urétérale est la conséquence d'une gêne à l'écoulement des urines entre le rein et l'uretère (le conduit entre le rein et la vessie). Le bassinnet ou pyélon est toujours dilaté.



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 du bassinnet ne doivent pas être opérés. En effet, il ne faut opérer seulement les enfants qui ont une jonction suffisamment serrée et qui entraîne des conséquences sur le fonctionnement du rein. Pour juger de l'obstruction nous nous aidons des échographies et de la scintigraphie. L'échographie permet de mesurer la taille de la dilatation du bassinnet. Si la dilatation augmente significativement avec la croissance de l'enfant ou que le diamètre du bassinnet est de plus de 3 cm, il faut opérer. Sinon une surveillance convient afin de vérifier l'évolution de la dilatation. La scintigraphie est un examen qui permet de vérifier comment fonctionne le rein atteint et quantifie la vitesse de vidange du bassinnet.



Comment prendre en charge ?

L'intervention est appelée pyéloplastie, cure de jonction pyélo-urétérale ou résection anastomose du bassinet et la jonction pyélo-urétérale.

Le principe de l'intervention est d'enlever la zone rétrécie et de faire une anastomose (« couture chirurgicale ») entre le bassinet et l'uretère. Soit l'enfant est petit (moins de 15 kg) et l'intervention est réalisée par lombotomie postérieure, c'est-à-dire une incision dans le dos. Un drain est en général mis en place au niveau de la suture afin de faciliter la cicatrisation. Quand l'enfant est plus grand, le chirurgien utilisera le robot chirurgical avec des petites incisions et un drain interne (double J) sera mis en place.



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, la sonde urinaire sera enlevée le lendemain.

Le drain externe (chez le petit enfant) sera enlevé 10 jours après l'intervention et le drain interne (grand enfant) sera enlevé 4 à 6 semaines après l'intervention au cours d'une courte anesthésie générale.

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, 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.

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 syndrome de jonction pyélo-urétéral 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.