

## **CURE DE REFLUX VESICO-RENAL** **INTERVENTION DE COHEN**

Cette fiche a été rédigée pour répondre aux nouvelles obligations légales d'information des patients avant de pratiquer un acte à visée diagnostique et / ou thérapeutique.

La jurisprudence demande que tout médecin puisse faire la preuve que cette information a été délivrée.

C'est la raison d'être de ce document.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et, comme le veut la législation, les risques et les complications possibles, même de survenue exceptionnelle.

Votre urologue vous a expliqué la pathologie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic.

Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement.

### **POURQUOI CETTE INTERVENTION**

Parmi les malformations de l'appareil urinaire, le reflux vésico-urétéral mérite sans conteste la première place par sa fréquence et par l'efficacité des traitements que l'on peut lui opposer, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux. Il faut signaler d'emblée que le reflux est beaucoup plus fréquent chez la fille que chez le garçon.

Le reflux résulte d'une malformation congénitale de la jonction urétéro-vésicale.

La gravité du reflux tient au fait qu'il met en danger le rein. Les lésions rénales observées sont à la fois malformatives et infectieuses : pyélonéphrites chroniques, dysplasie rénale souvent associée, cicatrice. Le reflux lui-même, en dehors de toute infection patente, semble jouer un rôle. Il convient d'ajouter que ce type de reflux est d'autant plus redoutable que le rein est jeune.

Enfin et surtout l'infection porte une énorme responsabilité. Un reflux à urines stériles dégrade lentement le rein, alors qu'un seul épisode de reflux infecté peut laisser une cicatrice rénale indélébile. On a pu démontrer qu'en stérilisant les urines on améliorait la fonction rénale en permettant à la croissance du parenchyme de reprendre.

La nocivité du reflux, on le voit, est d'autant plus forte que l'infection est plus grave mais aussi le patient plus jeune.

### **EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITES**

On traite médicalement avec de bonnes chances de guérison les reflux du nourrisson bien tolérés. On sait, en effet, qu'à cet âge un reflux sur uretère fin sans dégât rénal, à condition d'obtenir une stérilisation des urines pendant au moins six mois, a plus d'une chance sur deux de disparaître. On sait aussi qu'il est légitime, chez un enfant plus âgé de se donner un temps d'essai de traitement médical d'autant plus que le rein est normal radiologiquement et le reflux partiel. Dans ces deux circonstances, c'est la cystographie du sixième mois qui tranche : soit on poursuit le traitement médical, soit on opte pour une cure chirurgicale, soit enfin on arrête tout traitement sous couvert d'une surveillance serrée.

Le traitement chirurgical est indiqué, bien entendu, lorsque le traitement médical échoue. Il est choisi d'emblée en cas de reflux mal toléré du grand enfant avec lésions parenchymateuses. C'est ainsi que le reflux massif, les uretères dilatés, la possibilité d'une sténose de l'uretère terminal, le reflux intra-rénal, les atteintes calicielles ou parenchymateuses sont autant de raisons d'opérer.

La technique chirurgicale qui vous est proposée est la technique chirurgicale de référence en ce qui concerne le reflux important de l'enfant.

Dans un certain nombre de cas, notamment en cas de « petits » reflux, un geste chirurgical endoscopique peut être proposé.

### **PREPARATION A L'INTERVENTION**

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à repousser la date de l'opération. En prévention d'une infection, l'enfant recevra une dose d'antibiotique au début de l'opération.

L'opération ne peut se dérouler que sous anesthésie générale.

### **TECHNIQUE OPERATOIRE**

L'intervention de Cohen consiste à reconstituer le mécanisme anti-reflux empêchant la remontée des urines de la vessie vers le rein.

Une incision souvent horizontale est effectuée au dessus du pubis. La vessie est incisée et les uretères sont minutieusement disséqués afin de reconstituer le système anti-reflux. Même si le reflux ne touche qu'un côté, il est généralement conseillé de réimplanter les deux côtés.

Des sondes sont parfois mises en place dans les uretères. Une sonde est systématiquement mise en place dans la vessie. On dispose parfois un « drain de redon » devant la vessie pour aspirer les sécrétions.

### **SUITES HABITUELLES**

Cette intervention est souvent peu douloureuse, néanmoins, un traitement antalgique est systématiquement instauré pour le confort des enfants.

Les drains de redon sont enlevés au bout de quelques jours, la sonde vésicale au bout de 5-6 jours et les sondes urétérales au bout de 10 jours. Naturellement, ces durées ne sont qu'indicatives et peuvent être modifiées.

### **RISQUES ET COMPLICATIONS**

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie, mais également à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles.

Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelles et peuvent parfois n'être pas guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu.

Certaines complications sont liées à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

#### **RISQUE VITAL : EXCEPTIONNEL**

#### **COMPLICATIONS PRECOCES**

##### **COMPLICATIONS FREQUENTES**

- saignement modéré
- infection urinaire

##### **COMPLICATIONS OCCASIONNELLES**

- hématome de la cicatrice
- infection de la cicatrice

##### **COMPLICATIONS EXCEPTIONNELLES**

- hémorragie abondante
- écoulement d'urine par la cicatrice
- infection de l'os du pubis
- accidents électriques : brûlures cutanées
- plaie d'un organe adjacent : urètre, vessie, intestin, vaisseaux du petit

bassin

### **COMPLICATIONS TARDIVES**

- Les échecs de la chirurgie sont rares (2 à 3 %).
- Ils sont faits des sténoses des anastomoses urétéro-vésicales qui nécessitent le plus souvent une réintervention,
- ou de la persistance du reflux qui n'est pas toujours sanctionnée par une reprise chirurgicale
- enfin, parfois d'une dégradation progressive et tardive de la fonction rénale alors même que les urines sont stériles et le reflux guéri.