



SFUPA

Société Francophone d'Urologie Pédiatrique et de l'Adolescent

Méga Uretère Primitif Obstructif (MUPO)

Fiche d'information élaborée par la
Société Francophone d'Urologie Pédiatrique et de l'Adolescent

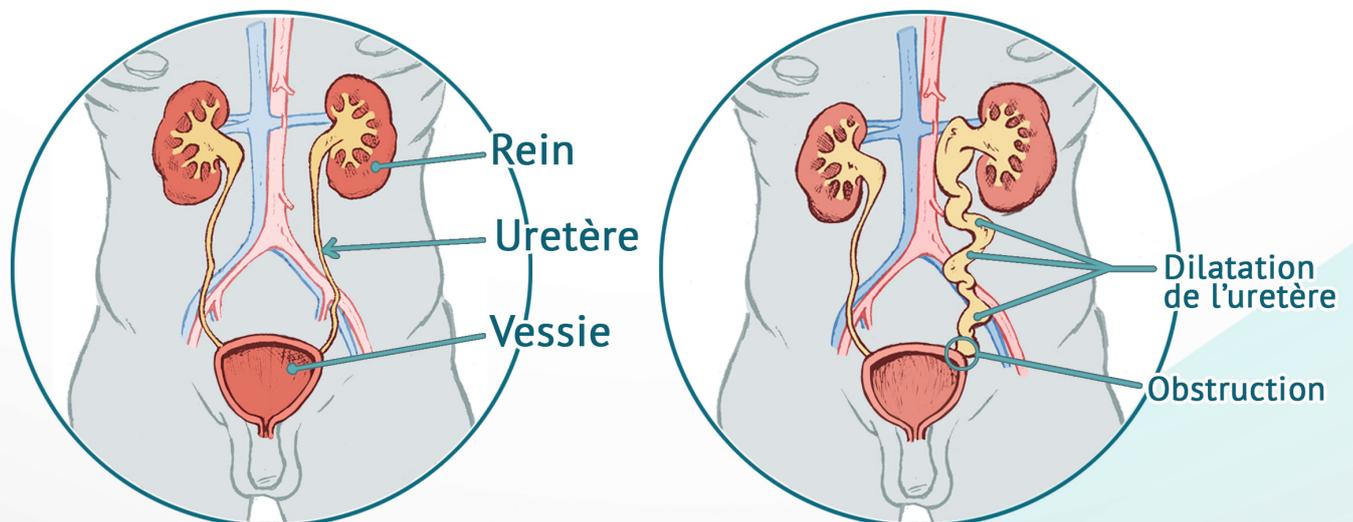
C'est quoi ?

C'est une anomalie congénitale des voies urinaires. Normalement, l'urine excrétée par le rein passe des cavités rénales dans l'uretère puis dans la vessie. Dans le MUPO, il y a un obstacle à l'écoulement de l'urine au niveau de la jonction entre uretère et vessie provoquant une dilatation urétéro-pyélo-calicielle. Il peut exister un reflux vésico-urétéral associé (remontée d'urine de la vessie vers l'uretère).

Comment fait-on le diagnostic ?

Le MUPO peut être diagnostiqué en anténatal dès l'échographie du 2^e trimestre s'il existe une dilatation du bassin et de l'uretère, mais il est difficile de faire la différence entre MUPO et reflux vésico-urétéral. Aucun traitement n'est nécessaire.

Le MUPO peut être diagnostiqué après la naissance chez le nourrisson devant une infection urinaire fébrile, des douleurs abdominales, une hématurie (sang dans les urines), une masse abdominale, ... Rarement, il s'agit d'une découverte fortuite lors d'une imagerie abdominale.



Appareil urinaire normal

Méga Uretère Primitif Obstructif

Quels examens faut-il faire ?

Le diagnostic et le suivi nécessiteront la réalisation de certains examens.

Les échographies permettront le suivi de la dilatation (diamètre des cavités) et du retentissement sur le rein (épaisseur du parenchyme).

Une cystographie rétrograde sera nécessaire pour confirmer le diagnostic et éliminer un reflux vésico-urétéral.

Une scintigraphie (DMSA ou au MAG3 selon les équipes) sera réalisée et pourra être répétée pour suivre l'évolution de la fonction rénale et l'apparition d'éventuelles séquelles parenchymateuses sur le rein.

Certaines équipes utilisent l'IRM.

Quels sont les risques liés au MUPO ?

Les risques sont liés à l'obstacle et à la stase urinaire. Votre enfant peut ainsi présenter des infections urinaires à type de pyélonéphrite aiguë ou être totalement asymptomatique.

Lors de la surveillance, le chirurgien peut mettre en évidence une souffrance du rein avec atteinte de la fonction liée soit au MUPO à proprement dit soit aux séquelles d'infection urinaire.

Que faut-il faire ?

Votre enfant va bénéficier d'un suivi clinique et d'imagerie dont la fréquence, la durée et la lourdeur dépendront de la sévérité de la dilatation, de l'éventuelle bilatéralité, des complications qui pourraient apparaître et des autres pathologies que pourrait présenter votre enfant.

Le principe de la surveillance repose sur le contrôle de la dilatation des cavités rénales et urétérale et sur son retentissement fonctionnel.

Dans certains cas (dilatation importante) et selon les habitudes des équipes, le chirurgien pédiatre pourra proposer une antibiothérapie préventive pour diminuer le risque d'infection.

Chez les garçons et en cas d'uropathie sévère, on favorisera le décalottage du prépuce lors de la toilette permettant de diminuer le risque infectieux.

En cas de dilatation minime à modérée, de forme asymptomatique et de fonction rénale préservée, une surveillance seule est préconisée. Une évolution favorable avec guérison spontanée est possible en l'absence d'infection ou d'altération de la fonction rénale.

Devant l'apparition d'une majoration de la dilatation, d'une perte de fonction du rein (séquelles fonctionnelles) ou d'infections urinaires à répétition, le chirurgien proposera une prise en charge chirurgicale à votre enfant.

Comment ça se passe ?

Avant l'intervention:

L'intervention se déroule sous anesthésie générale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est donc nécessaire.

L'intervention:

Elle peut être réalisée de deux façons : une dilatation endoscopique ou une réimplantation urétérale.

Le traitement endoscopique repose sur la dilatation de la zone rétrécie par un ballonnet qui sera introduit par les voies urinaires naturelles à l'aide d'un endoscope (caméra). Ce geste dont la durée est inférieure à 1 heure peut être réalisé en ambulatoire.

La réimplantation urétérale consiste à reconstruire la zone de jonction entre l'uretère et la vessie en enlevant la zone rétrécie. Elle peut être réalisée soit par voie coelioscopique soit par voie ouverte abdominale. Ce geste est plus long (2 heures) et peut nécessiter la réalisation d'un modelage urétéral (diminution du diamètre de l'uretère réimplanté dans la vessie).

La réimplantation nécessite quelques jours d'hospitalisation et éventuellement la mise en place de drains retirés ultérieurement.

Après l'intervention:

- dilatation endoscopique : Votre enfant revient du bloc opératoire perfusé. Dès qu'il a pu être ré-alimenté et n'est plus douloureux, il est autorisé à sortir (ambulatoire), avec des antalgiques à la demande.
- Réimplantation : votre enfant revient du bloc opératoire perfusé pour les apports en eau et sels minéraux mais aussi pour les antalgiques. Votre enfant peut avoir des drains pour les urines (sonde vésicale et sonde urétérale) et pour surveiller la zone opérée (hématome, fuite urinaire). Après quelques jours, le retrait des drains décidé par le chirurgien permettra d'envisager la sortie de votre enfant.

Quelles sont les complications ?

- Anesthésiques : précisions apportées lors de la consultation pré-anesthésique
 - après traitement endoscopique : il peut apparaître des brûlures mictionnelles ou une infection urinaire.
 - Après réimplantation : la présence de sang dans les urines est normale dans la semaine suivant l'intervention. Les urines s'éclaircissent rapidement en fonction du volume uriné. L'apparition d'une infection urinaire nécessiterait un traitement antibiotique.
- En cas de fuite d'urine par le drain, elle se tarit en quelques jours le plus souvent.

