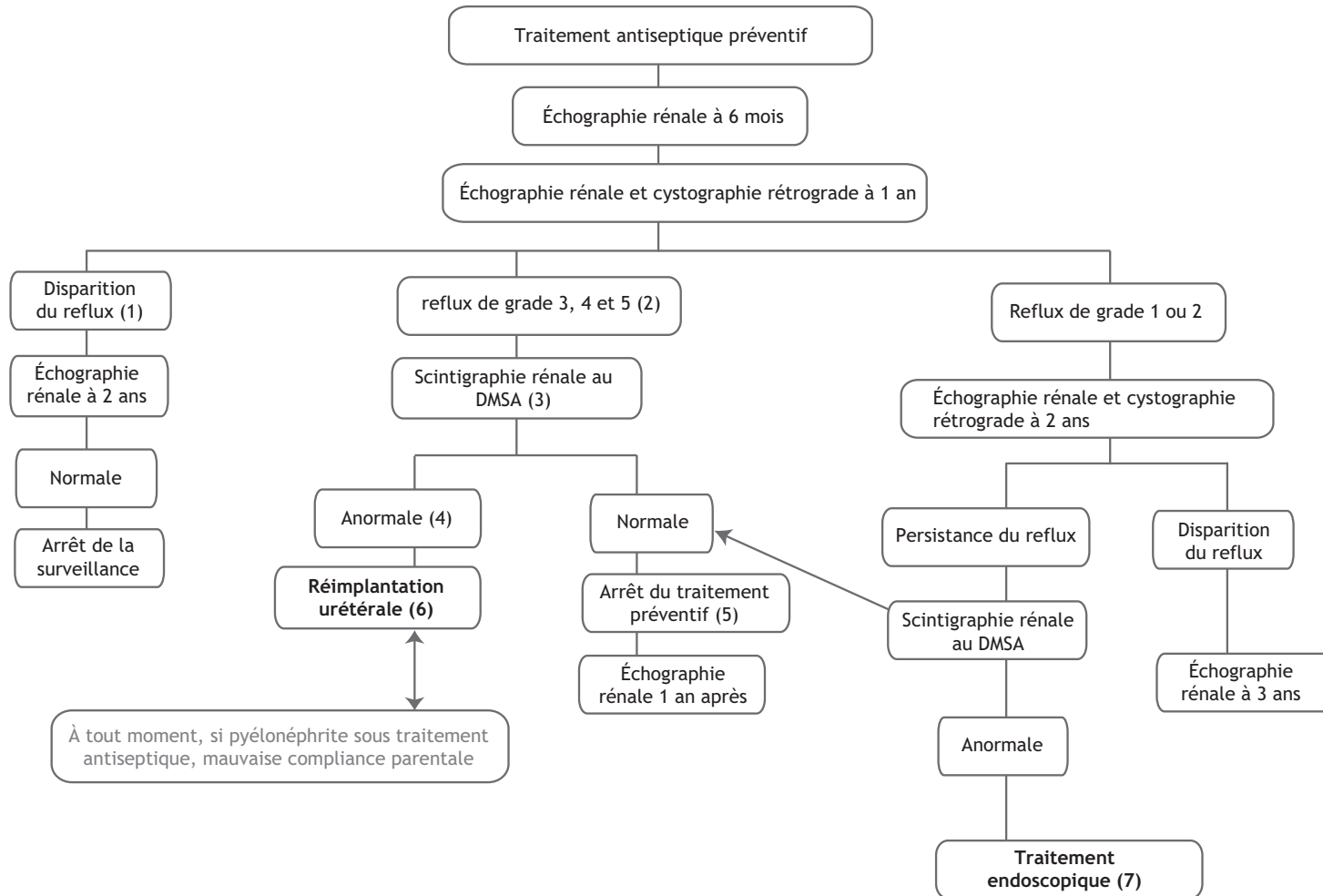


Reflux vésico-urétéral de diagnostic prénatal - A. Liard *Clinique chirurgicale infantile, hôpital Charles-Nicolle,*

boulevard Gambetta, 76031 Rouen cedex, France

Mots clés : Reflux vésico-urétéral ; Traitement antiseptique urinaire ; Scintigraphie rénale au DMSA ; Traitement chirurgical du reflux ; Troubles mictionnels fonctionnels



■ Arbre décisionnel - Commentaires

Le reflux peut être dépisté en prénatal devant une dilatation du bassinet avec ou sans dilatation urétérale. Une dilatation fluctuante des cavités rénale en prénatal est évocatrice d'un reflux. En post natal, une cystographie rétrograde est faite pour toute dilatation du bassinet supérieure à 10 mm. L'âge de réalisation est variable entre J5 et 6 semaines de vie.

(1) Le taux de disparition du reflux de diagnostic prénatal est de 50 % à 18 mois, tous grades confondus. Les reflux de grade 1 et 2 ont un taux de disparition à 18 mois de 92 %. Les reflux de grade 3 : 73 % à 18 mois. Les reflux de grade 4 et 5 de diagnostic prénatal ont un taux de disparition à l'âge de 15 mois de 43 %.

(2) Les reflux avec dilatation représentent 60 % des reflux. Ils prédominent chez le garçon la première année de vie (ratio : 4 garçons pour 1 fille).

(3) La scintigraphie rénale au DMSA permet de rechercher des lésions rénales de néphropathie de reflux. Elles sont d'autant plus graves et fréquentes que le grade du reflux est élevé (5,5 % des reflux de grade 1 ou 2 et 88 % des reflux de grade 5) et qu'il s'agit d'un garçon. Ces lésions sont congénitales, de type hypoplasique et dysplasique. Elles apparaissent sous forme d'altérations diffuses en scintigraphie. Les cicatrices d'infections urinaires apparaissent sous formes de lésions focales.

(4) La présence de lésions rénales en scintigraphie (ou d'une hypoplasie rénale en échographie) est corrélée avec la non guérison du reflux au cours de la croissance. Par contre, une scintigraphie rénale normale sans cicatrice et avec une fonction rénale différentielle symétrique est corrélée avec la disparition du reflux au cours de la croissance.

(5) Quand la scintigraphie rénale est normale, le traitement antiseptique préventif peut être arrêté après l'acquisition de la propreté. Les enfants en cours d'acquisition de la propreté ont une part d'immaturation vésicale et de dyssynergie vésico-sphinctérienne physiologiques pouvant favoriser les infections urinaires.

(6) Le traitement chirurgical est proposé rapidement pour les reflux de haut grade avec lésions scintigraphiques. La réimplantation urétérale après l'âge de 1 an est une intervention aux suites simples avec un taux de réussite de 99 %. La technique chirurgicale la plus utilisée est la réimplantation urétérale de Cohen.

(7) Le traitement endoscopique du reflux a de nombreux avantages : geste opératoire court en hôpital de jour, confort de l'enfant qui peut reprendre une activité normale dès le lendemain. Les produits utilisés sont le Deflux® et le Macroplastique®. Le taux de guérison est de l'ordre de 70 % tous grades de reflux confondus. Ce taux diminue avec l'augmentation du grade : 80 à 90 % pour les reflux de grade 1 et 2, 50 % pour le grade 5. Le traitement endoscopique est donc adapté au traitement des reflux de bas grade persistants.

■ Références

- [1] Assael BM, Guez S, Marra G et al. Congenital reflux nephropathy: a follow-up of 108 cases diagnosed prenatally. *Brit J Urol* 1998;82:252-7
- [2] Godley ML, Desai D, Yeung CK et al. The relationship between early renal status, and the resolution of vesico-ureteric reflux and bladder function at 16 months. *Brit J Urol int* 2001;87:457-62.
- [3] Marra G. Reflux vésico-urétéral néonatal. Diagnostic anténatal et prise en charge postnatale des néphro-uropathies malformatives. Elsevier Paris 2000;93-100.
- [4] Puri P, Chertin B, Velayudham Met al. Treatment of vesico-ureteral reflux by endoscopic injection of dextranomer/hyaluronic Acid copolymer: preliminary results. *J. Urol.* 2003;170:1541-4.
- [5] Yeung CK, Godley ML, Dhillon HK et al. The characteristics of primary vesico-ureteric reflux in male and female infants with prenatal hydronephrosis. *Brit. J. Urol.* 1997;80:319-27.