

## REFLUX VÉSICO-RÉNAL

Vous êtes victime d'un reflux urinaire de nature à provoquer des lésions rénales dues à la prolifération de bactéries et à une augmentation de la pression.

Ce reflux est :

- **soit primaire et congénital** : anomalie intervenue dans le développement anatomique de la jonction urétéro-vésicale, telle que l'uretère se retrouve abouché à plein canal dans la vessie ; cette dernière n'assurant plus sa fonction de clapet.  
Chez l'enfant, le reflux serait influencé par des facteurs génétiques repérables par exemple chez les jumeaux d'une même famille.  
Cette prédisposition héréditaire élevée incite à se montrer vigilant envers les familles connues pour reflux.  
Au moins 20 % des reflux et notamment des reflux massifs s'accompagnent d'un défaut de développement du rein (appelé dysplasique) et d'une diminution définitive de la fonction rénale.
- **soit secondaire**, en raison d'un régime de haute pression dans la vessie. Cette pression élevée peut être due à un obstacle à la miction (valve de l'urètre, rétrécissement de l'urètre) soit à un mauvais fonctionnement de la vessie (simple tendance à se retenir trop longtemps, vessie neurologique)

### ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence du reflux congénital est estimée à 0,5 pour 1000 naissances et il est parfois détectable avant la naissance. C'est le cas des reflux très importants qui entraînent une dilatation du rein visible à l'échographie prénatale.

### SIGNES

Chez l'enfant, le reflux se manifeste par des infections urinaires à répétition qui se traduisent par des fortes fièvres brutales avec souvent des frissons, mais sans autres symptômes associés comme le sont les infections touchant la voie urinaire haute.

Chez l'adulte, la pyélonéphrite s'accompagne de douleurs rénales.

### DIAGNOSTIC

L'échographie rénale est souvent normale. Elle révèle parfois un rein plus petit.

La cystographie rétrograde en montrant l'ascension du produit opaque depuis la vessie vers le rein est l'examen clé.

Mais la cystographie peut paradoxalement rester normale chez plus d'un enfant sur deux.

60 % des enfants atteints de pyélonéphrite récidivante ont une cystographie normale sans reflux visible. On considère qu'il s'agit d'un reflux vraisemblablement intermittent que la radiographie n'a pu saisir. La gravité du reflux n'est pas tant liée à son importance radiologique, qu'à l'état du rein sus-jacent dont on sait qu'il peut déjà être altéré avant la naissance (petit rein dysplasique). La taille du rein en échographie et surtout sa fonction en scintigraphie sont des éléments pronostiques essentiels.

## TRAITEMENT

Votre enfant va bénéficier d'une prise en charge précise, mais jamais dans l'urgence, hormis le traitement d'une infection urinaire fébrile qui nécessite un traitement antibiotique rapide et souvent injectable. En pratique, on ne se précipite jamais à la naissance pour opérer un reflux même important. Le traitement dépendra du grade du reflux, de l'état du rein et de l'âge de l'enfant.

Actuellement, la prise en charge peut être de trois types :

- attendre que le reflux disparaisse spontanément et, durant cette période qui va de 1 à 3 ans, assurer une désinfection préventive des urines par des traitements alternés d'antibiotiques à faibles doses. Plus l'enfant est jeune et plus son reflux est de faible grade, plus il aura tendance à guérir spontanément.
- supprimer le reflux par une intervention chirurgicale de réimplantation de l'uretère dans la vessie (opération de Cohen) qui est parfaitement maîtrisée depuis 30 ans et donne plus de 95 % de succès mais nécessite une semaine d'hospitalisation. Ce traitement est surtout réservé aux reflux de grade élevé avec dilatation de l'uretère.
- supprimer le reflux par les voies naturelles (traitement par injection endoscopique) qui consiste, sous brève anesthésie générale, à injecter un implant au niveau de l'orifice trop large. Depuis vingt ans, différents produits ont été proposés : le Teflon® a été abandonné au profit actuellement du Macroplastique® et plus récemment du Deflux®. Avec une réussite de l'ordre de 85 %, ce traitement mini invasif est devenu très répandu au moins pour les reflux de grade moyen. Il est en cours d'évaluation pour les reflux sévères, comme alternative à la réimplantation chirurgicale et pour les reflux de faible grade comme alternative aux antibiotiques au long cours. Enfin en cas d'échec, il peut toujours être renouvelé ou laisser place à une chirurgie de réimplantation.

## PRONOSTIC ET SURVEILLANCE

Les reflux de faible grade (1 et 2) peuvent disparaître spontanément, mais dans des délais de 2 à 3 ans en moyenne. Il est classique de maintenir une désinfection préventive régulière des urines durant cette période. Les reflux de grade élevé (4 et 5) ont moins de chance de disparaître spontanément.

Le pronostic est lié

- au nombre de récidives d'infections urinaires fébriles (surtout avant l'âge de 5 ans),
- à la qualité du rein à la naissance (rein plus petit dysplasique).
- On estime à 30-50 % la fréquence d'un rein anormal au moment du diagnostic de reflux
- À long terme (âge adulte), un petit rein peut entraîner une hypertension artérielle (20 % des cas)

Les atteintes bilatérales sévères exposent à une insuffisance rénale progressive dont les premiers signes biologiques peuvent commencer à la puberté ou plus tôt.

Les examens de surveillance reposent sur l'échographie pour observer la croissance du rein et sur la scintigraphie pour apprécier sa fonction.

Un rein normal à la scintigraphie est un rein sain, en revanche, si le rein est abîmé, les cicatrices seront définitives, même après guérison du reflux et le rein ne récupérera pas sa taille d'autant que l'autre rein aura tendance à compenser avec une taille plus grande que normale, accentuant ainsi le déséquilibre, tout en maintenant une fonction rénale globale normale.

**Mots Clés :** *Reflux, pyélonéphrite, cystographie, infection urinaire, Méga-uretère, biomatériaux*

**Date de publication :** 12/03/2011