

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://des.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>: le nom d'utilisateur et le mot de passe sont visioconfCHUVHUG.

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 12 janvier 2010

Première heure:

Hydronéphrose chez l'enfant : nouvelles recommandations

Dr Chehade, CHUV Lausanne

L'hydronéphrose correspond à la dilatation pyélocalicielle, décrite en 1975 par Garrett. Elle est découverte dans 0,59 à 1,4% en prénatal chez le fœtus. Elle est connue également sous le nom de CAKUT (Congenital Anomalies Kidney and Urinary tract), souvent d'évolution bénigne. Mais il y a une pathologie rénale persistante dans environ 20% des cas, c'est une cause d'insuffisance rénale.

C'est un syndrome complexe résultant de facteurs vaso-actifs et immunologiques en réponse à l'obstruction, aboutissant à une souffrance rénale.

Il y a risque accru d'infection urinaire avec uro-sepsis et risque d'insuffisance rénale.

Il est donc utile de prendre en charge la dilatation pyélocalicielle.

La dilatation a un effet sur le tube collecteur rénal, pouvant aboutir à l'apoptose des cellules rénales d'autant plus importante que l'obstruction est significative. Le but du traitement chirurgical est de diminuer ces phénomènes d'apoptose et de risque d'infection urinaire en levant l'obstacle.

65% des hydronéphroses évoluent favorablement (sont transitoires et physiologiques).

35% sont liées à une sténose de la jonction pyélo-urétérale, à un reflux vésico-urétéral, à un méga uretère, à des valves urétérales. Les sténoses de la jonction pyélo-urétérales n'ont pas de dilatation urétérale. Elle est plus fréquente chez le garçon, en général primaire (obstacle pariétal lié à une disposition anormale des fibres musculaires), parfois lié à un obstacle extrinsèque (par exemple artère polaire).

Elle peut être secondaire (suite à chirurgie ou traumatisme).

Le diagnostic est suggéré par l'échographie montrant une dilatation pyélocalicielle sans dilatation urétérale, confirmé par un néphrogramme isotopique (scintigraphie mag III, évaluant la courbe d'élimination d'un principe radioactif).

Le reflux vésico-urétéral (RVU) avait déjà été évoqué par Léonard de Vinci. L'urine remonte de la vessie vers le rein, avec risque d'insuffisance rénale (le RVU représente 4% des causes d'insuffisance rénale). Le reflux peut être primaire ou secondaire (à des valves urétrales par ex). Il y a 4 stades selon Duckett (I uretère opacifié en partie sans dilatation, II complètement opacifié sans dilatation, III dilatation légère, IV dilatation moyenne, IV dilatation marquée).

Les valves de l'urètre postérieur sont une urgence néonatale. Il y a une image radiologique en nid de pigeon. Le diagnostic est évoqué en prénatal sur

l'échographie (d'après Cochat spécificité de 98%). Le diagnostic clinique est évoqué lors de retard de miction, jet saccadé, globe vésical. Les explorations radiologiques à la naissance comportent échographie et CUM. Le traitement en urgence comporte drainage vésical puis traitement chirurgical.

Le méga-uretère est un diagnostic prénatal. Une CUM est nécessaire pour rechercher un reflux (méga-uretère refluant) ou des valves urétrales. Un méga-uretère primaire (isolé) évolue favorablement.

Les protocoles et recommandations de prise en charge varient d'un pays à l'autre. Le but est de rechercher les formes graves nécessitant une chirurgie. C'est un travail en collaboration entre pédiatre, obstétricien et néphrologue.

Chez le fœtus, la dilatation pyélocalicielle est mesurée à l'échographie ou mieux décrite en stade SFU (normal, I cavités visible, II dilatation calicielle visible sans déformation, III avec déformation, IV déformation majeure)

Selon les auteurs, la dilatation devient significative entre 5 et 10 mm. John parle d'une dilatation significative à 4 mm avant 33 semaines, plus que 7 mm après 33 semaines d'AG.

En période prénatale, cela justifie un suivi des dilatations supérieures ou égales à 7 mm (ou SFU II à IV) au troisième trimestre est de rechercher des signes de méga uretères, de vessie pathologique (pouvant suggérer des valves urétrales).

A la naissance, il faut rechercher des signes malformatifs associés, surveiller la miction, introduire une antibiothérapie en cas de dilatation égale ou supérieur à 7 mm avec amoxicilline 2x10 mg/kg/j. Une échographie rénale est recommandée chez la fille entre J5-J10, entre J1-J3 chez les garçon (recherche de signes de valves urétrales).

Puis un suivi est organisé avec des contrôles échographiques et scintigraphiques si nécessaires.

Une revue faite par Ismaili d'attitudes et protocoles adoptés dans les pays francophones montrent qu'en général la situation est significative à partir d'une dilatation de 9 mm. Mais la dilatation n'est pas corrélée avec l'importance du reflux. Avec un cut-off de 10 mm, il y a une bonne valeur prédictive positive pour un reflux sévère. Si 2 échographies post-natales sont normales, on peut considérer la situation comme normalisée.

En Suisse, de nouvelles recommandations ont été émises :

Si il s'agit d'une fille :

Si la dilatation est inférieure à 7 mm, pas de suivi particulier.

Si la dilatation est égale ou supérieure à 7 mm, ou SFU II ou plus, ou uretères visibles,

Il faut : introduire une prophylaxie antibiotique (amoxicilline 2x10 mg/kg/j)

Faire une échographie J5-J10 et J30

Deux échographies normales, stop suivi

Dilatation entre 7 et moins de 10 mm, SFU max II : stop prophylaxie, suivi échographique

Dilatation plus que 10 mm, SFU III ou IV : consultation de néphrologie

Si il s'agit d'un garçon :

Si la dilatation est inférieure à 7 mm, pas de suivi particulier.

Si la dilatation est égale ou supérieure à 7mm, ou SFU II ou plus, ou uretères visibles, ou vessie pathologique

Il faut : introduire une prophylaxie antibiotique (amoxicilline 2x10 mg/kg/j)

Faire une échographie J1-J3 (recherche de signe d'atteinte vésicale pouvant laisser suspecter des valves; si suspicion, faire une CUM)

Faire une échographie J5-J10 et J30

Deux échographies normales, stop suivi

Dilatation plus que 7 mm, SFU III ou IV, dilatation urétérale : consultation de néphrologie

L'hydronéphrose est souvent d'évolution bénigne

Il y a un risque d'insuffisance rénale si le problème est reconnu tardivement

Des recommandations (organigrammes) ont été publiés pour dépister les cas

Il est important de rechercher des valves

La prise en charge est multidisciplinaire

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch