

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://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Genève, présentation de cas du 8 février 2011

deuxième cas:

Hydronéphrose (cas présenté par Dre C. Leresche et discuté par Dr J Birraux)

Un garçon de 2 ans, né à 37 semaines par césarienne, est suivi par échographie pour une dilatation pyélocalicielle, s'aggravant même au contrôle de 1 mois (15 à 20 mm) mais sans reflux à la CUM. Vers l'âge de 2 ans, les parents consultent pour des vomissements répétés, se produisant chaque mois, avec un enfant très algique, devenant apathique, récupérant en quelques jours. En dehors des crises, l'enfant est normal, il est proposé de voir l'enfant lors d'un épisode aigu. Vu en urgence, l'enfant est algique, l'abdomen est souple, les examens sanguins dans la norme hormis une leucocytose à 19,2, le stick urinaire normale. L'échographie abdominale montre une dilatation pyélocalicielle augmentée. Un diagnostic différentiel de vomissement cyclique ou migraine abdominale est évoqué, et lors d'une échographie de contrôle, on constate une diminution de la dilatation pyélocalicielle. Cela laisse suspecter que la douleur est liée à cette dilatation, une uro-IRM est organisée qui montre une sténose sur compression par artère polaire. Le diagnostic de syndrome de la jonction pyélo-urétérale par compression extrinsèque (vaisseaux polaires) est retenu.

L'hydronéphrose a une fréquence de 1/500 nouveau-né, est symptomatique chez 1/1500 nouveau-né, plus souvent à gauche.

Il y a un défaut de l'écoulement des urines à travers la jonction pyélo-urétérale, avec équilibre entre diurèse et sténose.

En général, cela est du à une atteinte intrinsèque (fibrose ou plicature de la jonction), 10% des cas peuvent être du à une compression extrinsèque par les vaisseaux polaires.

Embryologiquement, il peut y avoir un défaut de vascularisation lors de la migration (ascension) et rotation du rein. Des anomalies vasculaires sont retrouvées dans 25% des défauts d'écoulement, souvent associé à un obstacle intrinsèque.

La prise en charge du patient symptomatique est chirurgicale

Si le patient est asymptomatique, le but est de préserver la fonction rénale en évitant une chirurgie inutile, avec suivi échographique, et à l'aide de scintigraphie au Mag3 pas toujours facile à interpréter.

Il y a une indication opératoire si il y a augmentation rapide de la dilatation, si il y a une baisse de la fonction rénale, lors d'infections urinaires à répétition, ou lors de symptômes douloureux.

Dans ce cas, une chirurgie a été pratiquée par résection anastomose selon Anderson Hynès

En cas de douleurs abdominales, il faut penser à une origine rénale des douleurs, demander une échographie en phase aiguë. Cette pathologie est relativement rare, exceptionnelle à l'âge de 2 ans.