

CASE REPORT

ECTOPIE RENALE CHEZ L'ADULTE: A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

A. AHMAD¹, H.A. RABENANDRASANA², R. RABENANTOANDRO³ ET K. KEITA⁴
Services de Radiologie¹ et de Réanimation-Néphrologie³, CHU Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar; Service de Radiologie, CHU Shiga University of Medical Sciences, Japan²; Service de Radiologie, CHU Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire⁴

MOTS CLES: ectopies rénales, échographie, urographie intraveineuse, scanner, artériographie rénale

INTRODUCTION

L'ectopie rénale est une malposition par défaut de développement, constamment accompagnée d'une malrotation, comportant toujours une vascularisation anormale avec une ou plusieurs artères ectopiques et un uretère de longueur adaptée au siège du rein¹. Elle se distingue d'une ptose rénale^{2,3}. On distingue plusieurs types d'ectopies: d'une part, les ectopies simples se faisant dans le sens vertical (rein intra-thoracique, rein bas-situé) ou dans le sens transversal (ectopie croisée)^{1,4}, et d'autre part, les ectopies avec symphyse.

Elles constituent un point d'appel pour des complications infectieuses ou lithiasiques de l'appareil urinaire. Nous rapportons deux cas d'ectopie rénale chez l'adulte afin de préciser la place de l'échographie dans le diagnostic de cette affection.

OBSERVATIONS

Observation N° 1

Femme de 31 ans, mère de 2 enfants âgés de 5 ans et de 13 mois, admise en consultation du service de Réanimation Néphrologique pour douleur chronique du flanc droit. Début de la maladie en Octobre 1981 par une douleur de l'hypochondre droit s'irradiant vers la fosse iliaque droite, à type de pesanteur ou parfois sous forme d'une crise de colique néphrétique droite, accompagnée d'une dysurie, vertige, frisson. Absence d'hématurie, de pyurie,

d'émission de cristaux, d'anémie, d'hypertension artérielle, d'œdème des membres inférieurs, de signes fonctionnels d'insuffisance rénale, de voussure abdominale ou lombaire. A la palpation, on note un contact lombaire droit douloureux. Bilan urinaire normal avec créatinémie égale à 11 mg/L.

L'échographie abdomino-pelvienne montrait un foie de volume normal, à contours réguliers, d'échostructure homogène, sans formation nodulaire circonscrite. Voies biliaires non dilatées. Vésicule, rate, pancréas sans anomalie. Les deux reins sont accolés: en effet, le pôle supérieur du rein gauche ectopique fusionne au pôle inférieur du rein droit. On note une bonne différenciation parenchymo-centrale, sans dilatation de cavités pyélo-calicielles. Rein droit de dimensions normales, mesurant 106 x 47 x 40 mm avec 13 mm d'index cortico-médullaire; rein gauche légèrement diminué de taille mesurant 83 x 43 x 29 mm avec index cortico-médullaire à 11 mm. Présence d'une image de structures digestives au niveau de la loge rénale gauche. Vessie sans particularité. Utérus de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène, vide avec une ligne cavitaire fine, mesurant 75 x 34 x 38 mm. Annexes sans anomalie. Absence d'épanchement péritonéal visible.

L'urographie intraveineuse (UIV) objectivait deux reins situés à droite et fusionnés, présentant une sécrétion qui se fait dans les délais physiologiques. Le pôle inférieur du rein droit en situation lombaire normale est accolé au pôle supérieur du rein adelphe ectopique. Cavités pyélo-calicielles de taille et de

morphologie normales. Les uretères sont de calibres normaux et perméables. L'uretère du rein inférieur croise la ligne médiane et se termine dans la vessie à sa place normale. Vessie de taille normale, à contours réguliers, de plage homogène. Résidu post-mycélien non significatif. Bref, on pose le diagnostic d'une ectopie rénale gauche croisée avec fusion.

Observation N° 2

Femme de 35 ans qui consultait pour douleurs chroniques de la fosse iliaque droite et du pelvis avec brûlure mictionnelle nécessitant un bilan d'infection urinaire.

L'échographie abdomino-pelvienne montrait un utérus de volume normal (85 x 41 x 33 mm), de contours réguliers, d'échostructure homogène, vide avec une ligne cavitaire fine. Ovaires d'aspect normal. Absence d'épanchement péritonéal visible. Rein gauche de dimensions normales (99 x 42 x 40 mm), de contours réguliers, présentant une bonne différenciation cortico-médullaire. Par contre, rein droit pelvien en situation sus-utérine, de contours assez polylobés, de taille réduite (81 x 47 x 32 mm), avec une bonne différenciation parenchymo-centrale. Cavités pyélo-calicielles des deux reins non dilatées, sans image lithiasique visible.

L'urographie intraveineuse objectivait une sécrétion synchrone et bilatérale qui se fait dans les délais physiologiques. Rein droit pelvien, de contours peu définis, présentant des cavités pyélo-calicielles mal visualisées. Rein gauche de taille, de morphologie, de situation normale avec cavités pyélo-calicielles non dilatées. Uretère droit court, non dévié, non déformé, perméable; uretère gauche sans particularité. Vessie d'aspect normal. Résidu post-mictionnel négligeable. Ainsi, on posait le diagnostic d'un rein pelvien droit fonctionnel.

Le scanner du pelvis a confirmé l'existence d'un rein droit en position ectopique, avec mal rotation, présentant un cortex d'épaisseur normale, des cavités pyélo-calicielles non dilatées, drainées par un uretère court et perméable. Absence d'image de lésion organique visible.

L'artériographie rénale complémentaire montrait quelques irrégularités de calibre au niveau de la partie distale de l'iliaque externe droite. Départ de l'artère gauche à la hauteur

du pédicule de la première vertèbre lombaire (L1) avec opacification satisfaisante et visualisation d'un néphrogramme normal. L'origine de l'artère rénale droite est beaucoup plus difficile à mettre en évidence, vraisemblablement au niveau de la troisième vertèbre lombaire (L3) permettant l'opacification d'un rein abdomino-pelvien paramédian droit, légèrement plus petit que l'adelphe, de contours peu réguliers et dont le néphrogramme apparaît plus dense par rapport au côté opposé. Retour veineux rapide avec excellente visualisation des iliaques internes et de la veine cave inférieure.

Les examens biologiques en particulier la créatinémie, examen cyto bactériologique des urines, numération de la formule sanguine, vitesse de sédimentation des hématies, glycémie et uricémie, ne montraient aucune anomalie; par contre, on notait une candidose vaginale à l'examen des exsudats génitaux.

DISCUSSION

Nous rapportons deux cas d'ectopie rénale de l'adulte colligés au service de Réanimation Néphrologique, CHU HJRA d'Antananarivo, Madagascar afin de préciser la place de l'échographie dans le diagnostic de cette affection et de justifier par son coût un usage généralisé en Afrique Sub-Saharienne par rapport à l'urographie intraveineuse.

Dans notre étude, le critère de vérification du diagnostic a été l'urographie intraveineuse et/ou éventuellement le scanner, et l'artériographie rénale.

Nous avons utilisé une échographe temps réel Siemens Sonoline SL2 (Allemagne) muni d'une sonde sectorielle de 3,5 MHz et d'une sonde abdominale linéaire de 7,5 MHz.

L'ectopie rénale est une malposition par défaut de développement¹. Ces ectopies rénales sont constamment accompagnées d'une malrotation et comportent toujours une vascularisation anormale avec une ou plusieurs artères naissant à un niveau inhabituel (bas sur l'aorte ou une de ses branches). Ces caractères distinguent l'ectopie du rein ptosé qui est secondairement déplacé de sa position normale^{2,3}.

L'ectopie rénale pelvienne est une malformation urinaire rare, caractérisée par la

présence du rein dans une situation ectopique au-dessous d'un plan passant par les crêtes iliaques et fixé dans cette situation par ses vaisseaux et la brièveté de son uretère.

Le rein pelvien est le plus souvent de découverte fortuite. En pratique, l'ectopie rénale en particulier pelvienne pose divers problèmes de diagnostic et surtout d'erreurs de diagnostic⁵. Au plan clinique, une ectopie rénale peut être fortuite à l'occasion d'un examen abdominal échographique. Dans ce cas, le rein est souvent indemne. Un rein pelvien sain peut cependant entraîner des douleurs abdominales peu caractéristiques, de siège variable, parfois associées à des troubles gastro-intestinaux, ballonnement, nausées, constipation. Des troubles urinaires, hématurie, infection, albuminurie, peuvent attirer l'attention sur une affection urologique et inciter à pratiquer une urographie intraveineuse. La découverte d'une tumeur de la fosse iliaque ou du pelvis fixe, ferme, à contours arrondis, peut amener à pratiquer les investigations qui conduiront au diagnostic de rein ectopique.

Concernant le diagnostic, les rapports étroits des reins ectopiques avec les organes voisins expliquent la séméiologie d'emprunt et les erreurs de diagnostics⁵. Ce diagnostic n'est pas toujours établi avant le stade des complications. Il est donc nécessaire de pratiquer un examen échographique abdominal dans tous les syndromes abdominaux atypiques avant d'envisager la laparotomie, afin de savoir si une ectopie rénale n'est pas en cause et surtout afin de s'assurer de l'existence et de la valeur du rein adelphe.

L'UIV, elle fournit des renseignements souvent suffisants et décisifs. Elle affirme le diagnostic en montrant la vacuité d'une fosse lombaire et laissant apparaître l'imprégnation du rein ectopique. Elle détermine le côté, le siège de la malposition, et précise la valeur fonctionnelle du rein, l'état de la voie excrétrice et l'état du rein ectopique. La brièveté de l'uretère élimine une ptose rénale. Mais l'UIV comporte des limites en particulier les superpositions gazeuses et squelettiques.

Avant l'ère de l'échographie, ces malades possédaient un lourd dossier radiologique. Actuellement, l'échographie permet de faire rapidement le diagnostic⁵ et d'éviter diverses explorations inutiles. Elle évite au clinicien de

s'égarer dans des examens inutiles et parfois nocifs. Par ailleurs, elle permet:

- le diagnostic des reins pelviens non opacifiés à l'UIV,
- l'appréciation de la qualité et la valeur du rein par l'étude de l'index cortical,
- le diagnostic de lithiase radio-transparente,
- et surtout une étude précise des rapports du rein pelvien avec les organes de voisinages.

La tomodynamométrie, elle précise le siège du rein ectopique, ses rapports, sa forme et sa rotation. Elle trouve son indication quand se greffe sur le rein une pathologie tumorale. Elle affirme l'existence d'une symphyse dans les ectopies croisées et les ectopies bilatérales.

L'artériographie rénale est utile pour préciser le diagnostic et prévoir les difficultés que l'on rencontrera en cours de l'intervention.

La découverte d'un rein ectopique pelvien sain n'implique pas obligatoirement des complications⁷ ultérieures. L'abstention opératoire doit être de mise sous couvert d'une surveillance échographique⁸ et d'une analyse périodique des urines. La thérapeutique comporte un traitement médical d'une infection urinaire ou de douleurs abdominales ou des troubles digestifs ou gynécologiques. Un traitement chirurgical conservateur sera entrepris en cas d'hydronéphrose. La néphrectomie sera pratiquée en cas de douleurs importantes liées à l'ectopie ou en cas d'infection rebelle.

Le rein pelvien pathologique, le traitement dépend de la pathologie du rein pelvien et de son retentissement et non de la malposition.

En conclusion, l'échographie a permis à coup sûr de poser le diagnostic des ectopies rénales devant: d'une part, la confirmation d'une ectopie rénale après une recherche infructueuse des reins au niveau de leur origine anatomique; d'autre part, la présence d'une masse échogène (zone de fusion entre les pôles de deux reins).

Ainsi, cet examen anodin, reproductible, à coût peu élevé mérite d'être pratiquée en première intention devant une suspicion d'une ectopie rénale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Michel JR, Pallardy G. Appareil urinaire. Malformations congénitales. En: Elements de Séméiologie Radiologique. Affections osseuses et articulaires – Encephale et moelle – Appareil urinaire – appareil génital féminin et sein, tome 1, pp. 538-542, 1966.
2. Boujnah H, Moalla N, Abid I, Chebil M, Zmerli S. Le rein pelvien. A propos de 50 cas. *La Tunisie Médicale* 1987, 65:439-445.
3. Lemaître G. Anomalies congénitales du rein et des voies excrétrices supérieures. *Encycl Méd Chir*, Paris, Radiodiagnostic V, 4.2.09, Fasc. 34120 A-10 et 34120 A-20.
4. Dossogne M, Collard M. L'ectopie rénale. *Acta Urol Belg* 1974, 42:367-370.
5. Bouffloux C, De Leval J. Diagnostic et erreurs de diagnostic des reins ectopiques pelviens. *Acta Urol Belg* 1974, 42:363-366.
6. Carmi R, Binshtock M, Abeliovich D, Bar Ziv J. The branchio-oto-renal syndrome: report of bilateral renal agenesis in three sibs. *American Journal of Medical Genetics* 1983, 14:625-627.
7. Wemeau L, Mazeman E, Declerq M. Le rein ectopique pelvien. Diagnostic et complications. A propos de 17 observations. *Acta Urol Belg* 1974, 42:382-391.
8. Hasch E. Ultrasound in the investigation of disease of kidney and urinary tract in children. *Acta Paediatr Scand* 1974, 63:42-48.

Tirés à part:

Dr. A. Ahmad, M.D.
 CHU HJRA, Ampefiloha
 Service de Radiologie
 B.P. 4150
 Antananarivo 101
 Madagascar

rabe@belle.shiga-med.ac.jp