

# RÉFÉRENTIELS EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE



**naitre**  
en languedoc roussillon

## DILATATION PYELIQUE

# DILATATION PYELIQUE

Ce référentiel a été rédigé sous l'égide du réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon par les professionnels de santé du Languedoc Roussillon suivants :

- **BEGUE Laétita**, Gynécologue Obstétricien, CHU Montpellier
- **BIGORRE Michèle**, Chirurgien Pédiatrique, CHU Montpellier
- **BOULOT Pierre**, Gynécologue Obstétricien, CHU Montpellier
- **CRIBALLET Gisèle**, Sage femme, Coordinatrice réseau périnatal, St Gély du Fesc
- **CAPTIER Guillaume**, Chirurgien Pédiatrique, CHU Montpellier
- **FORGUES Dominique**, Chirurgien Pédiatrique, CHU Montpellier
- **GUIBAL Marie Pierre**, Chirurgien Pédiatrique, CHU Montpellier
- **KALFA Nicolas**, Chirurgien Pédiatrique, CHU Montpellier
- **LOPEZ Christophe**, Chirurgien Urologique Pédiatrique, CHU Montpellier
- **LOUAHEM M SABAH Djamel**, Chirurgien Orthopédique Pédiatrique, CHU Montpellier.
- **SABATIER-LAVAL Edith**, Chirurgien Pédiatrique, CHU Montpellier et de Nimes.

## AVERTISSEMENT

**Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région.**

**Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.**

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon  
ZAE Les Verriès - 165 rue de l'Aven  
34980 ST GELY DU FESC  
Téléphone : 04 67 04 01 53 - Fax : 04 67 04 01 88 34  
Email : [naitre.lr@hotmail.fr](mailto:naitre.lr@hotmail.fr)

## DILATATION PYÉLIQUE DE DÉCOUVERTE ANTÉ-NATALE

### QU'EST CE QUE LA DILATATION PYÉLIQUE ?

La dilatation pyélique ou pyélectasie correspond à une dilatation du bassin.

Comment affirmer la pyélectasie ?

Critères de diagnostic par l'échographie fœtale :

- Le diamètre antéro-postérieur des bassins, mesuré en coupe abdominale transverse stricte, dépend du terme. Il est considéré comme pathologique si :
  - > 4 mm, jusqu'à 20 SA
  - > 5 mm, entre 20 et 30 SA (dilatation modérée entre 5 et 10 mm)
  - > 7 mm, après 30 SA
- Dilatation pyélo-calicielle : on décrit cinq stades :
  - Grade 0 : pas de dilatation
  - Grade 1 : simple dédoublement du sinus
  - Grade 2 : dilatation nette du bassin, quelques calices sont élargis
  - Grade 3 : dilatation pyélique et calicielle nette, parenchyme d'épaisseur normale
  - Grade 4 : dilatation pyélique et calicielle nette, parenchyme aminci



Figure 1 : Mesure de l'axe antéro-postérieur des pyélons sur une coupe transversale de référence (Dr Bigi Avignon)



Figure 2 : Mesure de la longueur et largeur du rein sur une coupe longitudinale (Dr Bigi Avignon)

## QUELLE EST LA CAUSE DE LA DILATATION PYELIQUE ?

Elle est secondaire à un obstacle éventuel dont il faut définir le niveau :

- Obstacle bas, sous vésical :
  - Dilatation bilatérale des cavités rénales
  - Dilatation +/- marquée de la vessie associée
  - Anomalie de la vidange vésicale et épaissement de la paroi vésicale
  - Visibilité anormale des uretères (normalement non visibles in utero)
- Obstacle moyen, à la jonction uretéro-vésicale : visibilité anormale des uretères ou présence d'un urétérocèle
- Obstacle haut, à la jonction pyélo-uretérale : dilatation pyélo-calicielle isolée +/- marquée

## EXISTE-T-IL DES MALFORMATIONS ASSOCIEES ?

Oui: la recherche d'anomalies associées par échographie spécialisée (syndrome poly-malformatif et/ou anomalie chromosomique...) est indispensable.

## UN AVIS GENETIQUE OU DU CPDPN EST IL NECESSAIRE ?

Il faut s'adresser à un centre de CPDPN pour :

- déterminer le suivi jusqu'à la naissance
- inclure les consultations prénatales systématiques avec un chirurgien pédiatrique, et parfois un néphropédiatre
- déterminer le niveau de la maternité de naissance

Un avis génétique est souvent utile pour discuter l'indication d'un caryotype.

## QUELLE EST LA PRISE EN CHARGE PRENATALE ?

L'objectif est l'évaluation de la fonction rénale et donc le pronostic.

## Apprécier la fonction rénale et le pronostic

- lorsque
  - - il existe une atteinte précoce au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> trimestre
  - - il existe une atteinte basse
  - - si atteinte du parenchyme rénal +++
  - - si atteinte bilatérale, quel que soit le niveau de l'obstacle
  - - si sur rein unique (ou fonctionnellement unique)
  - - si présence d'un syndrome malformatif associé
- Comment ?
  - **Critères « généraux »** : oligo/anamnios, retard de croissance intra-utérin
  - **Aspect du parenchyme rénal (Echographie - IRM foetale)** : Taille du rein, hyperéchogénicité, différenciation cortico-medullaire, kystes
  - **exceptionnellement étude biologique de la fonction rénale foetale** (sodium,  $\beta$ 2 microglobuline urinaire et plasmatique)

## COMMENT SE DEROULE L'ACCOUCHEMENT ?

Le lieu et la nature de la prise en charge à la naissance sera déterminé après avis du CPDPN.

**Type I** pour une simple pyelectasie légère bilatérale isolée,

**Type III** si pathologie à risque d'insuffisance rénale périnatale (valve de l'urètre postérieure)

## QUELLE EST LA PRISE EN CHARGE POSTNATALE ?

- Une **échographie rénale et vésicale sera réalisée à J5** après la naissance quelle que soit l'anomalie anténatale, même si elle disparaît en fin de grossesse
- **Discordance possible** entre l'échographie anté et postnatale
- Antibiothérapie si bassinets > 10 mm +/- méga-uretère à l'échographie de J5

