

Découverte lors d'une infection...

par le Dr Luc PINEUX*

* Médecin généraliste.
6850 Offagne
luc.pineux@assmg.be

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

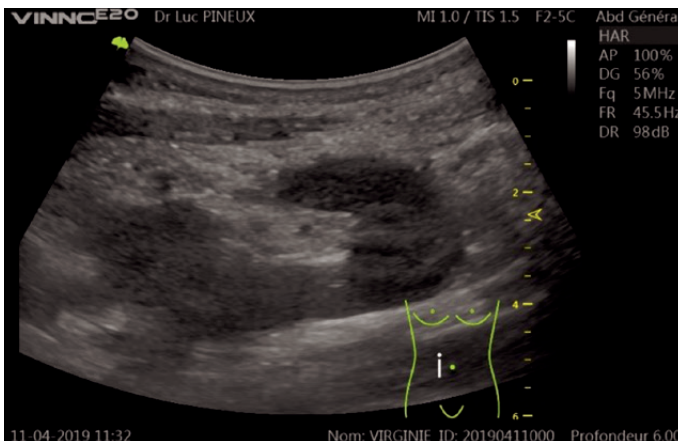
Virginie C. est une femme de 46 ans très dynamique que je vois plus souvent aux activités du village qu'en consultation. C'est donc avec attention que je l'écoute me raconter les maux de ventre qu'elle a depuis hier.

Ses maux de ventre arrivent sous forme de crises. Elle n'a pas de diarrhée ni de nausées. Elle n'a pas de fièvre. Elle n'a pas de plaintes urinaires. Hormis une césarienne et un curetage utérin, elle n'a pas d'antécédents particuliers.

Douleur très localisée

Je commence donc à l'examiner. L'auscultation cardiopulmonaire est sans particularité. Son abdomen est souple, sans défense, avec un péristaltisme normal. Par contre, elle présente une douleur bien localisée en para-ombilical droit à la palpation, sans mettre en évidence de masse. La palpation profonde ne déclenche pas de défense et le ballotement rénal est indolore.

Illustration 1



Je commence à me faire des hypothèses diagnostiques dont celle de la cholécystite lithiasique, même si la localisation n'est pas très typique. Disposant d'un appareil d'échographie, je mets ma sonde convexe en hypocondre droit et trouve une vésicule biliaire alithiasique, sans signe de Murphy échographique. Je déplace ma sonde jusqu'à la zone douloureuse et d'emblée une image anormale apparaît. Ce ne sont pas des anses intestinales qui sont visibles, mais une image en forme de haricot qui ressemble à un rein avec un sinus hyperéchogène et une zone périphérique plus hypoéchogène et qui est situé à proximité de la surface cutanée (illustration 1).

ABSTRACT

Clinical case of renal ectopy discovered during an infectious episode.

Keywords : ectopy, nephrology.

RÉSUMÉ

Cas clinique d'une ectopie rénale découverte à l'occasion d'un épisode infectieux.

Mots-clés : ectopie, néphrologie.

Infection urinaire haute ?

Tout en effectuant l'échographie, je décris cette image que je pense être un rein. C'est à ce moment que la patiente se rappelle avoir entendu ses parents parler d'un organe qui n'était pas à sa place. Le diagnostic de rein ectopique semble se confirmer. Je recherche le rein gauche que je trouve bien au bon endroit, par contre je ne vois pas de rein droit.

La tigette urinaire effectuée à ce moment-là montrera la présence de leucocytes, de protéines et de sang dans les urines.

Vu la douleur au niveau du rein ectopique, je pose le diagnostic de pyélonéphrite. Je la mets sous ciprofloxacine.

La prise de sang et l'analyse d'urine effectuées dans la foulée confirment une infection urinaire à E. Coli sensible à tout, avec une CRP augmentée à 15 mg/L et des leucocytes sanguins à 9600.

Confirmé par le radiologue

Malgré ma demande d'un contrôle urinaire une dizaine de jours après la fin des antibiotiques, je ne verrai Virginie que 6 mois plus tard pour une récurrence d'infection urinaire. J'en profite pour lui proposer de nouveau une échographie du système urinaire en service de radiologie pour la confirmation de ce rein ectopique. Cet examen échographique confirmera la présence d'un rein ectopique en fosse iliaque droite avec une morphologie pouvant faire évoquer l'existence d'un double système excréteur, mais sans hydronéphrose ni de lésion focale suspecte.

Rein ectopique

Rappelons d'abord quelques notions d'embryologie. Le bourgeon urétéral s'individualise à partir du canal mésonéphritique. Il se rapproche du blastème métanéphritique qu'il va atteindre vers la 4^e-5^e semaine. Cela va entraîner le développement du rein et des systèmes collecteurs. Si le développement se poursuit de la manière attendue, les reins vont subir à la fois une rotation sur eux-mêmes – les hiles rénaux qui étaient plutôt dirigés vers l'extérieur vont se diriger vers l'intérieur – ainsi qu'une migration vers le haut, à la rencontre des surrénales.

Rein pelvien

Le rein pelvien, type le plus fréquent des reins ectopiques (60% des cas), est donc un rein qui n'a pas migré. Dans 10% des cas, le rein pelvien est unique. Le rein pelvien est souvent plus petit qu'un rein en position lombaire, il peut être malroté et présenter des signes de dysplasie.

Rein intra-thoracique

À l'inverse d'un rein pelvien n'ayant pas migré, un rein intra-thoracique est un rein qui a subi une migration trop importante. Le rein va se retrouver en dessous voire même au-dessus du diaphragme. Il ne faudra d'ailleurs pas le confondre avec une tumeur neurogène para-vertébrale postérieure. Le rein thoracique pourra être associé à une hernie diaphragmatique ou à une éventration diaphragmatique.

Ectopies rénales avec fusion

Le **rein en fer à cheval** : est une anomalie classique qui survient dans 1/500 naissances. Les deux pôles (inférieurs, le plus souvent) des reins se touchent et une bande isthmique de parenchyme ou fibreuse

les relie. L'isthme doit être recherché en position sous ombilicale par voie antérieure. Le rein en fer à cheval se trouve le plus souvent en position médiane mais il peut aussi être quelque peu latéralisé à gauche ou à droite.

Le diagnostic d'**ectopie croisée** est porté lorsque les deux reins se retrouvent du même côté du rachis alors que les orifices des uretères sont eux en place. La prévalence en serait de 1/5000 naissances. Par définition, les deux uretères gardent leur orifice normal de part et d'autre du trigone. 90% des reins en ectopie croisée sont fusionnés.

L'**ectopie doublement croisée**, où les deux reins croisent la ligne médiane, est exceptionnelle (et embryologiquement inexplicable).

Le **rein fusionné en « cake »** correspond à l'évolution extrême de la fusion des reins : la fusion intéresse cette fois non seulement le parenchyme mais également les systèmes collecteurs. Ces reins fusionnés peuvent se situer en position pelvienne ou périombilicale.

Association avec des malformations génitales

Il faut rappeler l'**association classique entre malformations génitales et ectopies rénales**, surtout chez la petite fille. De ce fait, la découverte d'une ectopie rénale (mais aussi d'une agénésie rénale ou d'une dysplasie rénale multikystique) doit faire rechercher une malformation des organes génitaux internes (et inversement).

Conclusion

De manière croissante, les reins ectopiques sont découverts « par hasard » à l'occasion des échographies obstétricales systématiques réalisées durant la grossesse. Ils ne présentent le plus souvent aucune complication.

Mais, comme le cas qui nous occupe, l'ectopie rénale peut être découverte à l'occasion d'épisodes infectieux mais aussi à l'occasion d'épisode lithiasique voire simplement douloureux.

Bibliographie

1. Fred Avni, Elisa Amzallag-Bellenger et René-Hilaire Priso
Le diagnostic (et les pièges) des ectopies rénales Société Francophone d'imagerie pédiatrique et prénatale 2016
https://www.sfip-radiopediatrie.org/wp-con-tent/uploads/2018/07/Avni2_trousseau_2016-1.pdf