

Conduite A Tenir devant un Gros Rein

Objectif pédagogique :

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Plan :

1. Définition
2. Diagnostic positif
3. Eliminer ce qui n'est pas un gros rein
4. Diagnostic étiologique

1. Définitions

- Augmentation du volume du rein pouvant se faire aux dépens du parenchyme, des cavités excrétrices ou de l'atmosphère péri rénale.
- Un gros rein peut se définir cliniquement, radiologiquement et échographiquement.
 - Cliniquement, il s'agit d'une masse palpable dans la fosse lombaire.
 - Echographiquement, il s'agit d'un rein dont la longueur est supérieure à 12 cm, la largeur à 6 et l'épaisseur à 3.
 - Radiologiquement, il s'agit d'un rein dont la hauteur dépasse celle de trois vertèbres et demi.
- Retrouver la signification nécessite un examen clinique et biologique urinaire mais surtout un bilan radiologique.
- En réalité, la découverte d'un gros rein se fait la plupart du temps à l'occasion d'examens d'imagerie prescrits pour une symptomatologie non urinaire.
- L'existence d'une masse du flanc impose :
 - D'affirmer ou d'infirmer son origine rénale ou rétro péritonéale
 - D'éliminer parallèlement les autres tumeurs de voisinage
 - De rechercher son étiologie.

2. Diagnostic positif:

2.1 Clinique:

- certains signes sont évocateurs de l'origine rénale : hématurie, une pyurie, des douleurs lombaires, voire même des troubles mictionnels.
- Ainsi l'examen clinique aura pour but d'évoquer le un gros rein et par ailleurs orienter le choix des investigations complémentaires évitant leur multiplication inutile.
- Toute masse du flanc, même si elle crée une voussure soulevant les dernières côtes :
 - Est sûrement rétro-péritonéale si elle donne le contact lombaire.
 - A toutes les chances d'être rénale lorsqu'elle ballote entre les deux mains, et lorsqu'elle est barrée en avant par la sonorité colique.
 - La palpation précisera le volume, la sensibilité, la consistance, les limites et la régularité de cette masse.
- Des signes généraux peuvent avoir une valeur pronostique

2.2 Examens complémentaires:

2.2.1 L'échographie : l'échographie abdomino-pelvienne permet presque toujours :

- D'affirmer l'existence d'une tumeur : son appartenance, son siège, ses dimensions et sa nature solide ou liquide

2.2.2 Le Scanner : il permet de donner avec précision :

- Le siège d'une tumeur, sa taille, ses rapports avec l'uretère, les calices, le pyélon et les organes de voisinage.
- Sa nature solide ou liquide.
- Remplace l'UIV dans le bilan des lithiases

2.2.3 L'UIV : en absence de scanner

- C'est un examen toujours possible (en dehors des contre indications), mais nécessite certaines précautions techniques :
 - ASP de face.
 - Des clichés minutés
 - La compression à la demande
 - Des clichés tardifs
 - Un cystogramme pré et post mictionnel
- Les données fournies par l' UIV :
 - Des renseignements topographiques : les modifications du siège du rein (éctopies, ptoses)
 - Des renseignements morphologiques : l'aspect de l'ombre rénal, du bassin et des calices, les contours du rein
 - Des renseignements fonctionnels : l'appréciation de la qualité de la sécrétion et de l'excrétion.
- Elle contribue à l'enquête étiologique.
- Elle apprécie également l'existence de l'autre rein et sa valeur fonctionnelle.
- Elle a cependant certaines limites :
 - L'insuffisance rénale chronique
 - La mutité rénale
 - Une image peu parlante (pyélo-calicielle, rénale).

2.2.4. L'Urétéro-pyélographie Rétrograde (UPR) ou La Pyélo-urétéro-graphie

- Elles permettent un moulage exact des cavités pyéliques et calicielles.
- Elles sont d'un grand intérêt lorsque l'UIV est peu explicite.

- Elles sont particulièrement indiquées lorsque le rein est muet à l'UIV et/ou les images pyélocalicielles sont peu nettes.
- Elles donnent des renseignements d'un très grand intérêt en explicitant les images de soustraction, en montrant des rigidités, des images fixes, et l'absence d'expansion des cavités pyélo-calicielles lésées par le processus tumoral.

2.2.5. L'artériographie : elle est indiquée

- Dans les tumeurs sur rein unique, son type de vascularisation.
- Chaque fois que l'on soupçonne une anomalie vasculaire ou une malformation.
- Chaque fois qu'on veut étudier la vascularisation d'une masse intra-rénale.
- Une embolisation préopératoire.

2.2.6. L'IRM : données superposables à celles de la TDM et ne présente pas les contres indications liées au produit de contraste.

3. Eliminer ce qui n'est pas un gros rein

3.1 Les tumeurs du flanc:

3.1.1 A droite

- Une tumeur hépatique : développée en particulier au dépend du lobe de SPIEGEL (rein normal à l'U.I.V, à l'échographie, au scanner, et à la clinique on retrouve une masse appartenant au foie, mobile à la respiration, faisant corps avec le foie).
- Volumineuse vésicule biliaire : il peut s'agir soit d'un hydrocholécyste ou d'un pyocholécyste dont le pôle inférieur fait saillie au bord inférieur du foie et se continue avec lui sans interposition colique.
- Une tumeur de l'angle colique droit : le diagnostic est posé par la symptomatologie digestive (colique), le transit et la coloscopie.

3.1.2. A gauche

- La grosse rate (Splénomégalie) : au bord antérieur crénelé facilement reconnaissable à la clinique.
- Une tumeur pancréatique : ce sont particulièrement les kystes et les faux kystes du pancréas, surtout de la queue du pancréas.
- Les tumeurs gastriques de la grosse tubérosité : ce sont en particulier les sarcomes et les schwannomes
- Les tumeurs de l'angle colique gauche

3.1.3. Des deux cotés :

- Une tumeur mésentérique : elle est souvent plus médiane et plus mobile.

- Un kyste de l'ovaire volumineux et pédiculé : il faut noter que l'examen clinique correct, de même que le contexte clinique différent permettent de rejeter ces diagnostics.
- Les tumeurs rétro péritonéales: le diagnostic se pose enfin de compte avec les autres masses rétropéritonéales.
- Les hématomes péri-rénaux
- La scléro-lipomatose périrénale
- Les surrenalomes : - de diagnostic facile quand on trouve un syndrome endocrinien accompagnant la masse et quand le rein est abaissé et garde une morphologie normale.
- Ailleurs ils peuvent simuler une tumeur du pôle supérieur en déformant le groupe Caliciel supérieur.
- Des adénopathies lombo-aortiques par leur volume, refoulent le rein en dehors. Elles sont parfois révélatrices d'un séminome et imposent un examen du contenu scrotal.
- Le séminome rétro-péritonéal primitif
- Les sympathômes : - ils sont allongés de chaque côté de la colonne vertébrale.
- Ils repoussent le rein en dehors, en arrière et en bas.
- Ils peuvent comprimer le rein, étirer les calices, comprimer l'uretère entraînant une hydronéphrose égarant le diagnostic.
- Les tumeurs péri ou paranéphrétiques : les mésoenchymomes, les dysembryomes, les lipomes, les fibromes, les sarcomes
Ces tumeurs peuvent atteindre un volume considérable, peuvent comprimer le rein, ou le déplacer en le laissant intact.

4. Diagnostic étiologique

4.1 Le gros rein parenchymateux ou tumoral:

4.1.1 Les tumeurs solides

4.1.1.1 Le cancer du rein : « toute tumeur solide du rein est un cancer jusqu'à preuve du contraire »

4.1.1.2 Les tumeurs bénignes : seul l'angiomyolipome est de diagnostic radiologique

4.1.1.3 les tuberculomes : cavernes tuberculeuses

4.1.2 Les tumeurs kystiques

4.1.1.1 La polykystose rénale : maladie familiale réalisant toujours une atteinte bilatérale.

Le diagnostic est habituellement aisé devant l'existence de masses bosselées, irrégulières, dont le meilleur argument clinique est la bilatéralité.

A la radiographie on observe un bouleversement anarchique des deux reins, avec une désorientation calicelle en rayons de roues, un allongement et un étirement calicel, une dilatation des bords et des fonds de certains calices.

4.1.1.2 Le kyste séreux :

- Unique ou multiple, unilatéral ou bilatéral, souvent asymptomatique, ne nécessitant aucun traitement. Cependant ; en cas de gros volume ou de compression, la chirurgie s'impose.
- En cas de doute sur sa nature, le scanner confirme si c'est un kyste bénin ou une tumeur liquidienne avasculaire. Si le doute persiste, parfois une biopsie est indiquée voire une exploration chirurgicale.

4.1.1.3 Le kyste hydatique

- Le diagnostic est orienté devant la notion de contage (zone d'endémie.) et confirmé par le scanner
- La sérologie hydatique est en règle positive (60% des cas)
- FNS : hypereosinophilie
- Il existe souvent des calcifications cernant le kyste.
- La ponction est contre-indiquée.
- Le traitement est souvent chirurgical

4.2 Les gros reins obstructif:

- L'hydronéphrose donne des signes cliniques et radiologiques différents des cancers.
- Le rein est régulier, lisse, les urines sont claires.
- L'uroscanner met en évidence :
 - Un retard de sécrétion
 - Une pâleur du contraste voire une pseudo mutité
 - Une dilatation non seulement du bassinet, mais aussi des calices qui tendent à s'arrondir en boule.
 - Une lenteur d'excrétion et de vidange, voire l'absence d'opacification de l'uretère correspondant.

4.2.1 Gros rein lithiasique :

- La lithiase peut être localisée au niveau de pyélique ou urétérale, radio opaque ou transparente
- Le diagnostic est confirmé à l'uro scanner
- Il s'agit parfois d'un gros rein douloureux avec fièvre ,parfois anurie : **Traitement d'urgence**

4.2.2 Gros rein tuberculeux :

- L'examen biologique peut être négatif : pauci-cellulaire
- Diagnostic est radiologique !?: sténose ,rétraction pyélique.....
- Recherche de BK et culture sur milieu spécifique, IDR
- Traitement : traitement antituberculeux+surveillance++, parfois chirurgie

4.2.3 Causes Congénitales :

- Maladie de la jonction pyélourétérale, Méga-uretère et reflux vesico urétéral, Urétérocèle,...

4.2.4 Autres :

- Adénome de la prostate avec retentissement bilatérale et symétrique
- Tumeur de la voie excrétrice
- Fibrose rétro péritonéale
- Bilharziose
- Compression urétérale par un cancer digestif ou cancer génitale
- Tumeur de vessie
- Sténose urétérale

4.3 Les gros reins fébriles (infectieux) ou Augmentation du volume de péri Rein:

4.3.1. l'abcès du rein et le phlegmon péri néphrétique

- Il est à évoquer s'il existe la notion de porte d'entrée à l'infection staphylococcique ou si l'on retrouve l'épisode bactériémique à l'origine de la localisation.
- Le diagnostic est donné par les examens cyto bactériologiques répétés, les hémocultures, l'échographie et le scanner.
- Cliniquement cet anthrax du rein réalise un gros rein douloureux avec une atteinte sévère de l'état général, une hyperthermie et souvent des urines limpides.
- Ces anthrax fusent volontiers vers l'atmosphère péri rénale, exceptionnellement vers les voies excrétrices.

4.3.2 La pyonéphrose colibacillaire et la pyélonéphrite xanthogranulomateuse :

- Elles donnent un rein énorme, très douloureux noyé dans un tableau de grande suppuration.
- La pyurie est massive. Le germe est le colibacille mais rarement seul.
- La pyélonéphrite xanthogranulomateuse est de diagnostic histologique.

4.3.3. La pyonéphrose tuberculeuse

- Elle réalise un gros rein de volume parfois considérable dont l'expression radiologique est une mutité rénale, ou une masse calcifiée.
- L'enquête étiologique permettra de poser le diagnostic.

- Antécédent de tuberculose pleuro-pulmonaire
- Présence de B.K. dans les urines, les crachats et le sperme.
- Existence de lésions basses des organes génitaux.
- Elle correspond à une destruction du rein et l'évolution vers le rein mastic.

4.4 Cas particuliers

4.4.1 Les gros reins non tumoraux, non obstructifs:

- Le rein en fer à cheval
- La symphyse rénale : accolement des reins d'un seul côté.
- Une hypertrophie congénitale.
- Les ectopies rénales (Iliaque ; Pelvienne, Croisée) et ptose rénale
- Les hypertrophies compensatrices : elles peuvent se voir après néphrectomie controlatérale.
- Thrombose de la veine rénale
- Néphropathie : diabète , amylose ,.....(Ponction biopsie rénale)

4.4.2 Chez l'enfant

- Tableau de Voussure abdominale
- Etiologies : Tumorale , malformative

Conclusion

Si le diagnostic d'un gros rein est relativement aisé avec les examens complémentaires, celui de son étiologie n'est pas toujours évident. La prise en charge dépend de l'étiologie et est parfois urgente (rein infectés). Le diagnostic d'un cancer du rein nécessitant une enquête anamnétique, clinique et para-clinique pour d'adapter le plus tôt possible, la meilleur thérapeutique.

Références

- [1] Pierre PLANTE, Michel SOULIE. Urologie, DCEM III.2006
http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/MODULE7/17_poly_UROLOGIE.pdf
- [2] <https://slideplayer.fr/slide/2904723/>
- [3] Divers