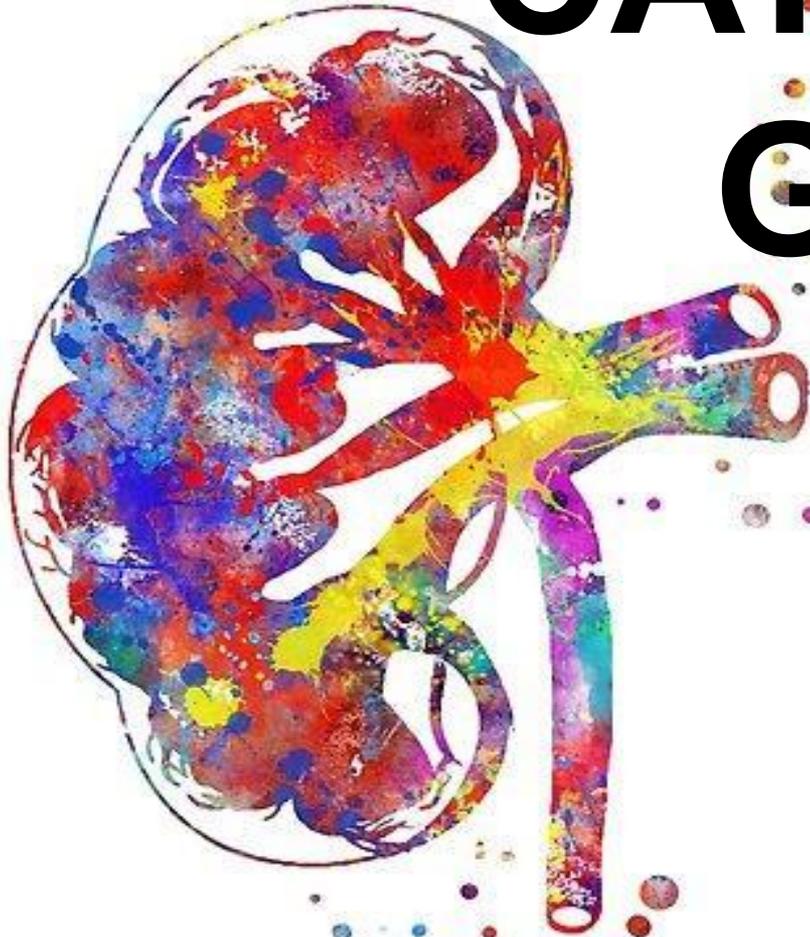


CAT devant un Gros rein



Pr CHOUAKRIA.AH
Dr BOULATROUS.AK

PLAN

INTRODUCTION

CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE

RECONNAITRE LE GROS REIN

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Les tumeurs du flanc

Les tumeurs rétropéritonéales

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DU GROS REIN

Les gros reins tumoraux

Les tumeurs solides

Les tumeurs kystiques

Les gros reins d'obstacle

Les gros reins fébriles (infectieux)

Les gros reins non tumoraux, non obstructifs

TRAITEMENT

INTRODUCTION

Entité anatomo-clinique ou radiologique : l'augmentation du volume globale du rein.

La découverte d'une masse du flanc impose :

- D'affirmer son origine rénale (diagnostic positif)
- D'éliminer parallèlement les tumeurs de voisinage (diagnostic différentiel)
- De rechercher l'étiologie afin d'adapter le traitement (diagnostic étiologique)

Circonstances de découverte

FORTUITE

Masse lombo- abdominale par le patient lui-même ou par le médecin lors d'un examen physique

- A l'occasion d'examen morphologique (échographie, l'UIV ou une TDM) réalisés pour une autre affection.

SYMPTOMATOLOGIE

Il peut s'agir d'une symptomatologie urologique , extra-urologique ou des signes généraux.

Diagnostic positif

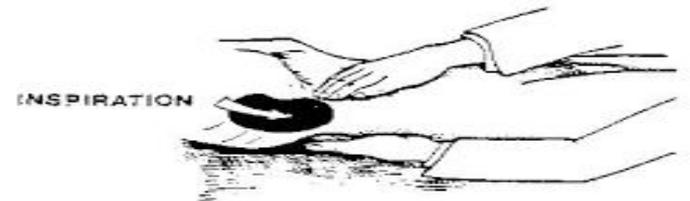
Reconnaitre un gros rein

Clinique:

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 toute les chances d'être rénale lorsqu'elle respecte le galbe de la fosse lombaire, **ballote entre les deux mains**, et lorsqu'elle est **barrée en avant par la sonorité colique**.

La palpation précisera le volume, la consistance, les limites, la sensibilité , la mobilité et la régularité de cette masse.



Le contact lombaire

Diagnostic positif

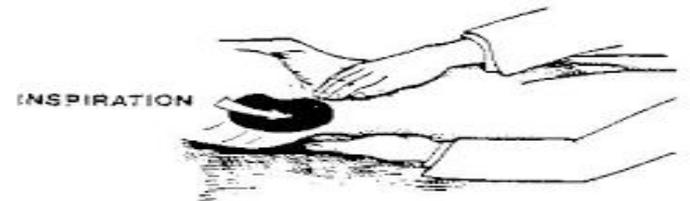
Reconnaitre un gros rein

Clinique:

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 toute les chances d'être rénale lorsqu'elle respecte le galbe de la fosse lombaire, **ballote entre les deux mains**, et lorsqu'elle est **barrée en avant par la sonorité colique**.

La palpation précisera le volume, la consistance, les limites, la sensibilité , la mobilité et la régularité de cette masse.



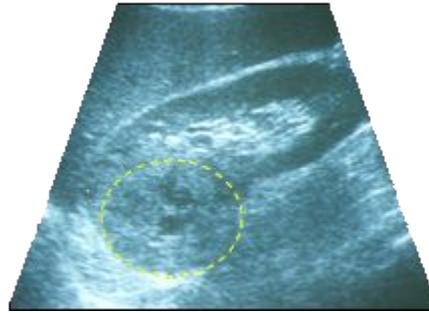
Le contact lombaire

Diagnostic positif

Reconnaitre un gros rein

IMAGERIE:

1. L'échographie :



permet presque toujours :

- De mesurer **la taille du rein** et d'apprécier ses contours et son échostructure
- D'affirmer l'existence d'une **tumeur** et d'affirmer :
 - L'appartenance de cette tumeur, Son siège polaire, central, hilare
 - Sa taille, son diamètre.
 - Sa consistance, **solide ou liquide**
- De mettre en évidence **une dilatation des cavités excrétrices** (hydronephrose ou urétérohydronephrose)
- de mettre en évidence **une collection** développée au dépend du rein

Diagnostic positif

Reconnaitre un gros rein

2. l'ASP: ombre du rein, bord externe du psoas, image surajouté se projetant sur le trajet de l'arbre urinaire

3. L'UIV :

- ASP de face et de profil.
- Des clichés minutés (La compression à la demande, Des clichés tardifs, Un cystogramme pré et post mictionnel)

Utile en cas de dilatation des cavités excrétrices, permet de récolter

- a)- *Des renseignements topographiques*
- b)- *Des renseignements morphologiques*
- c)- *Des renseignements fonctionnels*



Elle contribue à l'enquête étiologique en donnant la nature de l'obstacle.
Elle apprécie également l'existence de l'autre rein et sa valeur fonctionnelle.

Diagnostic positif

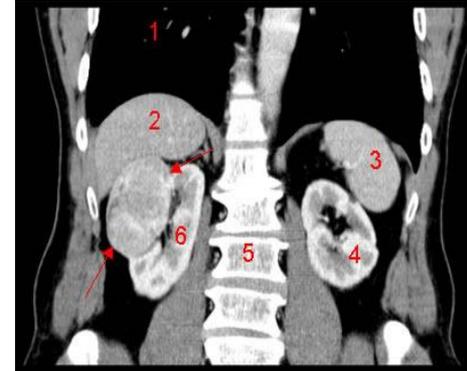
Reconnaitre un gros rein

3. Le Scanner : TDM abdominopelvienne ou UROTDM (selon l'indication)

-URO-TDM:

- **Siège** d'une tumeur,
- **Taille**
- **Rapports**.
- **Densité** : hydrique ou tissulaire,
- **Rehaussement** après injection de PC.
- Etat de la voie excrétrice (dilatation en amont d'un obstacle), TVES.

Le bilan
d'extension
loco-régional, rein
controlatéral

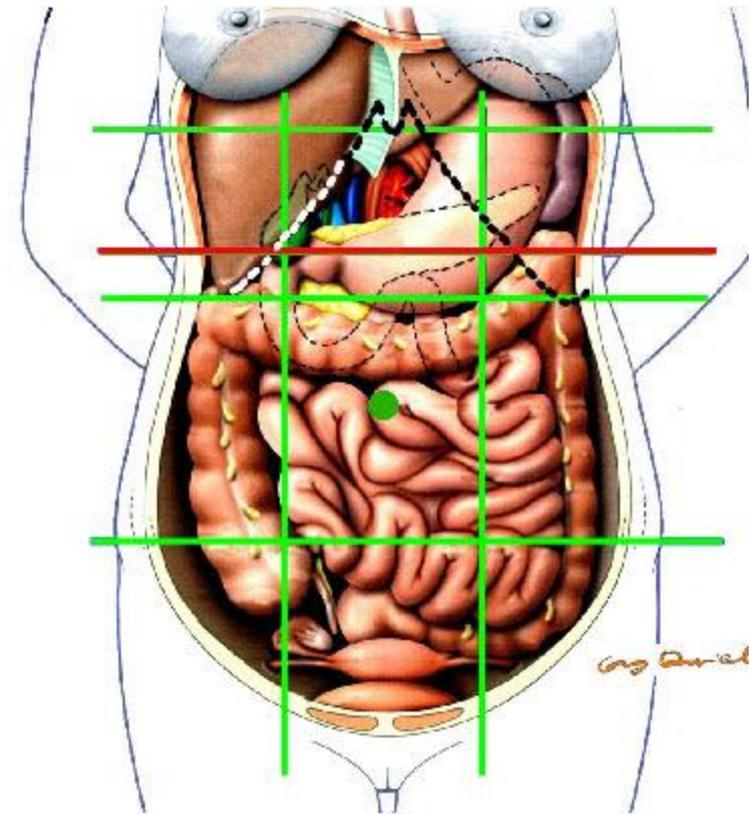


4. L'UPR et la PUD:

Elle est particulièrement indiquée lorsque le rein est muet à l'UIV, ou obstacle complet ne permettant pas l'exploration de la totalité de la voie excrétrice (UPR).

Diagnostic différentiel

Éliminer ce qui n'est pas un gros rein



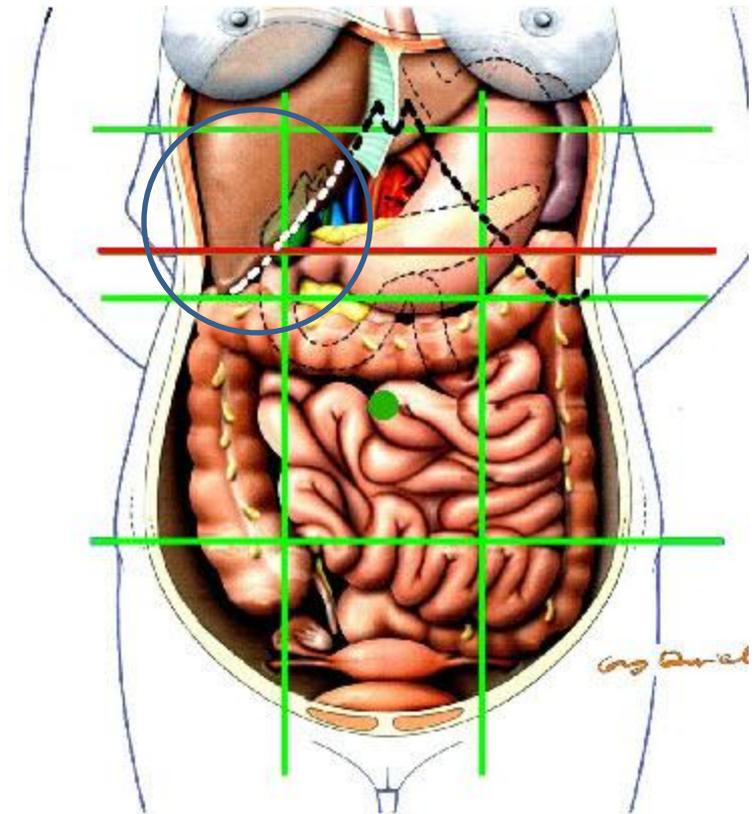
Diagnostic différentiel

Éliminer ce qui n'est pas un gros rein

a. Les tumeurs du flanc:

1. A droite

- a. Une tumeur hépatique
- b. Volumineuse vésicule biliaire :
- c. Une tumeur de l'angle colique droit



Diagnostic différentiel

Éliminer ce qui n'est pas un gros rein

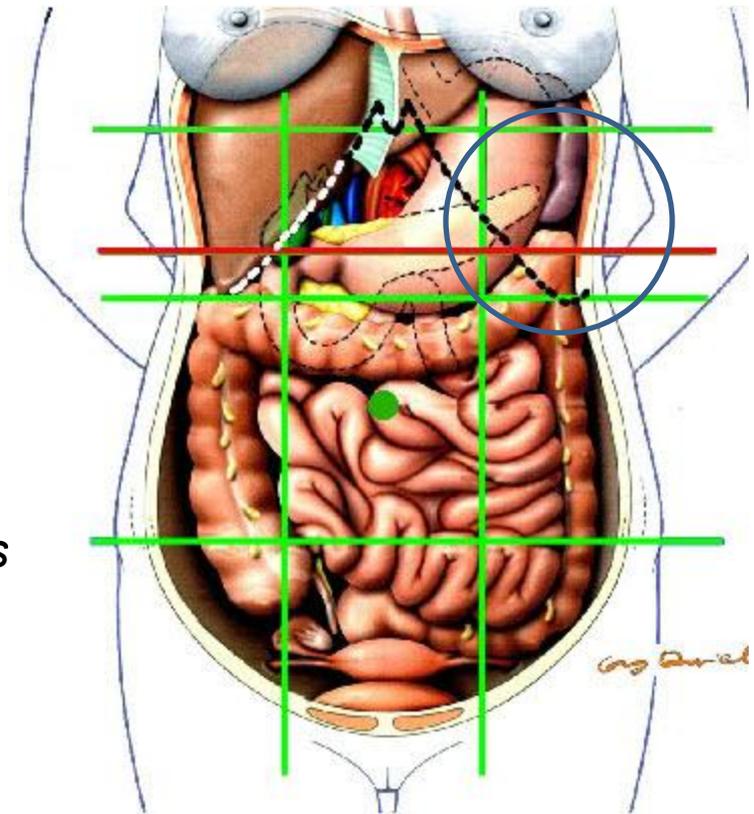
a. Les tumeurs du flanc:

1. A droite

- a. Une tumeur hépatique
- b. Volumineuse vésicule biliaire :
- c. Une tumeur de l'angle colique droit

2. A gauche

- a. La grosse rate
- b. Une tumeur pancréatique
- c. Les tumeurs gastriques de la grosse tubéros
- d. Les tumeurs de l'angle colique gauche



Diagnostic différentiel

Éliminer ce qui n'est pas un gros rein

a. Les tumeurs du flanc:

1. A droite

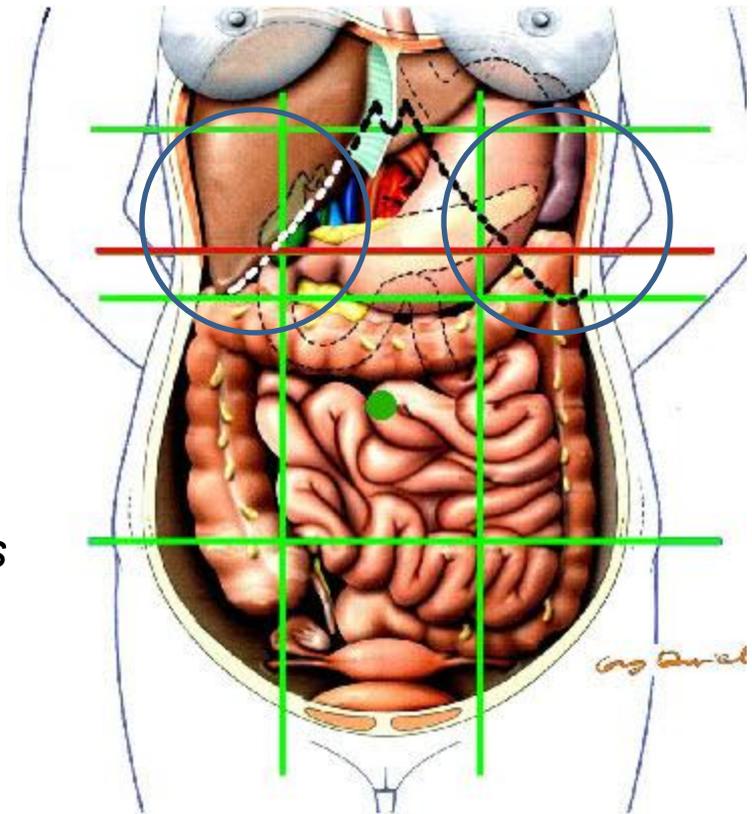
- a. Une tumeur hépatique
- b. Volumineuse vésicule biliaire :
- c. Une tumeur de l'angle colique droit

2. A gauche

- a. La grosse rate
- b. Une tumeur pancréatique
- c. Les tumeurs gastriques de la grosse tubéros
- d. Les tumeurs de l'angle colique gauche

3. Des deux côtés :

- a. Une tumeur mésentérique
- b. Un kyste entéroïde



:

Diagnostic différentiel

Éliminer ce qui n'est pas un gros rein

b. Les tumeurs rétropéritonéales:

1. Les hématomes péri-rénaux
2. La scléro-lipomatose périrénale
3. Les surrénalomes.
4. Des adénopathies lombo-aortiques
5. Le séminome rétro-péritonéal primitif
6. Les sympathômes
7. Les tumeurs péri ou paranéphrétiques

Diagnostic étiologique

Gros reins tumoraux

Bénignes ou malignes, solide kystique ou mixte.

1. Le cancer du rein :

2. Les tumeurs bénignes du rein :

Elles peuvent être **uni** ou **pluritissulaires** :

L'adénome

Les hémangiomes

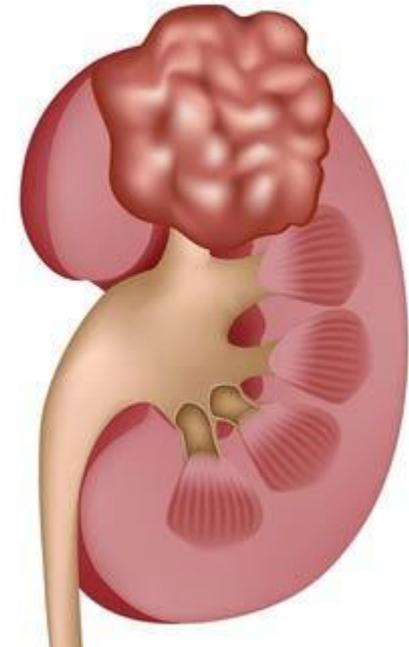
Le fibrome

Le lipome

Le neurofibrome

L'angiomyolipome.

L'oncocytome



Diagnostic étiologique

Gros reins tumoraux

3. Les tumeurs kystiques du rein :

Classification de Bosniak modifiée

Critères diagnostiques

Type I « Kyste simple »: Densité hydrique (< 20 UH), Homogène, Limites régulières sans paroi visible, Absence de rehaussement (< 10 UH)



Type II

« Kyste atypique »: Cloisons fines, Fines calcifications pariétales, Kyste hyperdense (> 50 UH), Absence de rehaussement (< 10 UH)



Type IIF Cloisons nombreuses et fines, Paroi légèrement épaissie, Calcifications pariétales, et des cloisons, régulières, Kyste hyperdense et entièrement intra-rénal et ≥ 3 cm.



Type III

« Kyste suspect »: Cloisons nombreuses et épaisses, Paroi épaisse, Limites irrégulières, Calcifications épaisses, irrégulières, Contenu dense (> 20 UH) Rehaussement de la paroi ou des cloisons



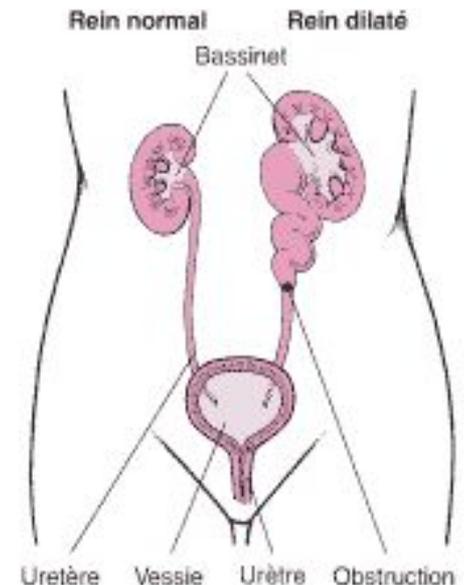
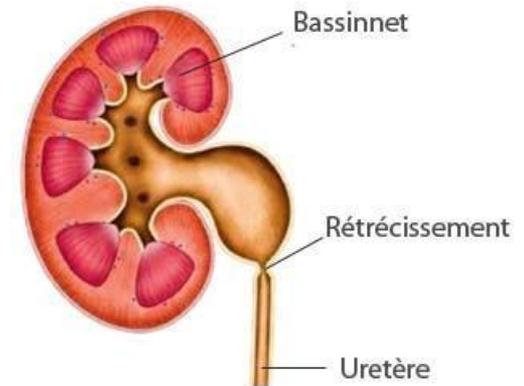
Type IV « Cancer à forme kystique »: Paroi épaisse et irrégulière, Végétations ou nodule mural, Rehaussement de la paroi ou des végétations

Diagnostic étiologique

Gros reins obstructifs

Obstruction: extraluminale, intraluminale ou pariétale

- Une malformation : le syndrome de jonction
- Les lithiases
- La sténose cicatricielle tuberculeuse ou bilharzienne
- Une maladie du bas appareil: maladie du col, vessie neurologique, obstacle sous vésical ancien.



Diagnostic étiologique

Gros reins fébriles

1. L'anthrax (l'abcès) du rein :
2. La pyonéphrose colibacillaire et la pyélonéphrite xanthogranulomateuse :
3. La pyonéphrose tuberculeuse
4. Le phlegmon périnéphrétique

Diagnostic étiologique

Gros reins malformatifs

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

Autres: Les hypertrophies compensatrices : Elles peuvent se voir après néphrectomie controlatérale.

TRAITEMENT

Appréciation de l'état général

Recherche d'une autre localisation de la maladie

Etude du rein opposé

Le traitement proprement dit varie selon l'étiologie

CONCLUSION

Le gros rein est une entité anatomo-radiologique dont l'étude a pour objectif :

- D'apprendre à faire le diagnostic clinique de gros rein
- De hiérarchiser les examens d'imagerie
- Connaitre les étiologies et leur traitement

Le but en est une prise en charge de qualité pour des pathologies parfois très graves.