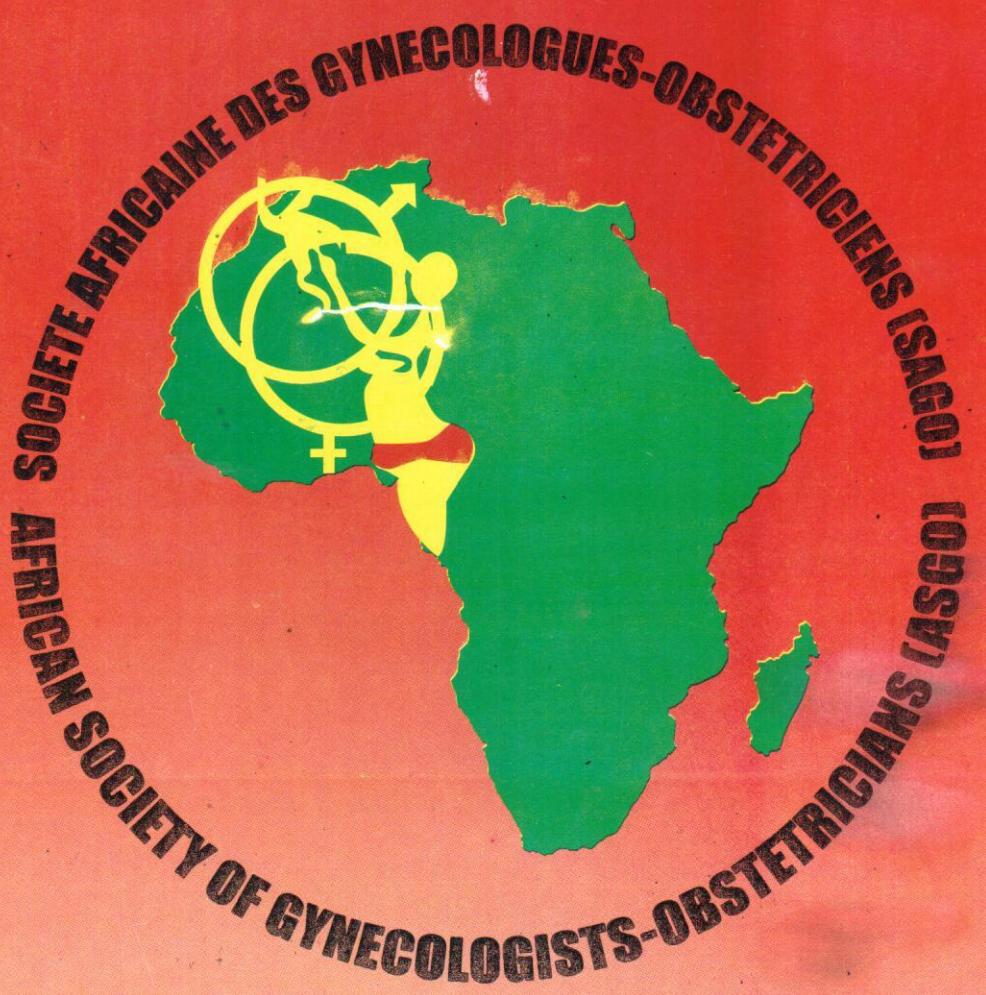


JOURNAL DE LA SAGO

(GYNÉCOLOGIE - OBSTÉRIQUE ET SANTÉ DE LA REPRODUCTION)



REVUE SEMESTRIELLE

ANNEE 2017

VOLUME 18

NUMERO 1

JOURNAL DE LA SAGO
(Gynécologie – Obstétrique et Santé de la Reproduction)

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

- Aspects socio-démographiques et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin au Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Donka à Conakry (Guinée).
M.H. Diallo, I.S. Baldé, O. Baldé, I.K. Bah, B.S. Diallo, M.N. Mamy, N. Keita 1
- Audit du remplissage du partogramme modifié de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor à Dakar.
M. Mbaye, M. Guèye, I. El Metghari, A. Mbodji, A.C. Niassy-Diallo, M.D. Ndiaye Guèye, A.K. Diop, J.C. Moreau 7
- Evaluation de la pratique des césariennes dans un Centre de Santé de niveau 2 à Dakar.
M.M. Niang, J.L.D. Faye, M. Thiam, C.T. Cissé 12
- Pronostic maternel et périnatal du placenta praevia : une analyse de 10 ans dans le District de Bamako.
T. Théra, I. Téguétré, A. Kouma, Z.O. Traoré, M. Traoré, M. Bocoum, A. Dolo 17
- Hystérectomie obstétricale : trois ans d'expérience à la Maternité Donka du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry.
T. Sy, D.W.A. Léno, I. Conté, M.K. Camara, A.B. Diallo, I.K. Bah, M.A. Hamadou, J. Tolno, Y. Hyjazi, N. Keita 22
- Prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin par la résection à l'anse diathermique au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo : bilan de huit mois d'activité
T.F.D. Millogo/Traoré, A. Ouattara, I.V.S. Hounsonou, P.S. Nébié 27
- Mortalité Maternelle au Centre Hospitalier Régional de Thiès : étiologies et facteurs déterminants, à propos de 239 décès.
M. Thiam, M. E. Faye Diémé, I. Guèye, S.Y. Niane, M.M. Niang, S. Mahamat, S.M.K. Guèye, M.L. Cissé 34

FAITS CLINIQUES

- Utérus gravide prolabé par voie vaginale et anale : à propos d'un cas.
S. Ouattara, D. A. Somé, Y. Dao, A. Dembélé, B. Dao 40
- Diagnostic anténatal de la dysplasie rénale multikystique : à propos de deux cas à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du C.H.U. Aristide le Dantec de Dakar (Sénégal).
M.E. Faye Diémé, M. Thiam, A.A. Diouf, A.C. Niassy Diallo, O. Gassáma, P.M. Moreira, A. Diouf, J.C. Moreau 43

COMITE DE PARRAINAGE

E. Alihonou (Cotonou), M.K. Bohoussou (Abidjan), K.T. Coulibaly (Abidjan), F. Diadhiou (Dakar), A.S. Doh (Douala), A. Dolo (Bamako), P. Drouin (Canada), A.K.S. Hodonou (Lomé), B. Koné (Ouagadougou), N. Koné (Abidjan), R. Léché (Yaoundé), A.N. Monganza (Kinshasa), B.T. Nasah (Yaoundé), R. Perrin (Cotonou), E. Samba (OMS), C. Welfens-Ekra (Abidjan), F. Zhioua (Tunis).

COMITE DE LECTURE

K. Akpadza (Lomé), S. Anongba (Abidjan), S. Baéta (Lomé), D. Baldé (Conakry), P. Bessette (Canada), S. Boni (Abidjan), J. De Souza (Cotonou), A. Diouf (Dakar), J. Ekoundzola (Brazzaville), H. Ilambi (Brazzaville), J.M. Kassia (Yaoundé), G. Magnin (France), K. Moyo (Yaoundé), N. Kéita (Conakry), M. Koné (Abidjan), J. Lankoandé (Ouagadougou), J.M. Moutquin (Canada), I.H. Réziga (Tunis), I. Takpara (Cotonou).

Rédacteur en Chef : Eusèbe Alihonou

Rédacteur en Chef Adjoint : Jean Charles Moreau

JOURNAL DE LA SAGO
(Gynécologie – Obstétrique et Santé de la Reproduction)

TABLE OF CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

• Sociodemographic aspects and management of precancerous lesions of the uterine cervix in the Obstetrics Gynecology Department of Donka in Conakry (Guinea). <i>M.H. Diallo, I.S. Baldé, O. Baldé, I.K. Bah, B.S. Diallo, M.N. Mamy, N. Keita</i>	1
• Audit of the World Health Organization modified partogram at Philippe Maguilen Senghor Health Center in Dakar <i>M. Mbaye, M. Guèye, I. El Metghari, A. Mbodji, A.C. Niassy-Diallo, M.D. Ndiaye Guèye, A.K. Diop, J.C. Moreau</i>	6
• Evaluation of the practice of cesarean sections at a level 2 Health Center in Dakar. <i>M.M. Niang, J.L.D. Faye, M. Thiam, C.T. Cissé</i>	12
• Maternal and perinatal outcome of placenta previa: 10 years analysis in the District of Bamako. <i>T. Théra, I. Téguété, A. Kouma, Z.O. Traoré, M. Traoré, M. Bocoum, A. Dolo</i>	17
• Obstetrical hysterectomy: three years of experience in the Donka Maternity of the University Hospital Center of Conakry. <i>T. Sy, D.W.A. Léno, I. Conté, M.K. Camara, A.B. Diallo, I.K. Bah, M.A. Hamadou, J. Tolno, Y. Hyjazi, N. Keïta</i>	22
• Management of precancerous lesions of the uterine cervix by loop electrosurgical excision procedure (LEEP) at the CHU-YO: balance sheet eight months of activity <i>T.F.D. Millogo/Traoré, A. Ouattara, I.V.S. Hounsounou, P.S. Nébié</i>	27
• Maternal mortality in the Regional Hospital Center of Thies: causes and determining factors, about 239 deaths. <i>M. Thiam, M.E. Faye Diémé, I. Guèye, S.Y. Niane, M.M. Niang, S. Mahamat, S.M.K. Guèye, M.L. Cissé</i>	34

CLINICAL FACTS

• Gravid uterus prolapse by vagina and anal roote: a case report. <i>S. Ouattara, D. A. Somé, Y. Dao, A. Dembélé, B. Dao</i>	40
• Antenatal diagnosis of multicystic kidney disease : report of two cases at Gynaecological and Obstetrical Department at Aristide le Dantec de Dakar (Senegal). <i>M.E. Faye Diémé, M. Thiam, A.A. Diouf, A.C. Niassy Diallo, O. Gassama, P.M. Moreira, A. Diouf, J.C. Moreau</i>	43

SPONSORSHIP COMMITTEE

E. Alihonou (Cotonou), M.K. Bohoussou (Abidjan), K.T. Coulibaly (Abidjan), F. Diadhiou (Dakar), A.S. Doh (Douala), A. Dolo (Bamako), P. Drouin (Canada), A.K.S. Hodonou (Lomé), B. Koné (Ouagadougou), N. Koné (Abidjan), R. Léké (Yaoundé), A.N. Monganza (Kinshasa), B.T. Nasah (Yaoundé), R. Perrin (Cotonou), E. Samba (OMS), C. Welfens-Ekra (Abidjan), F. Zhioua (Tunis).

READER'S COMMITTEE

K. Akpadza (Lomé), S. Anongba (Abidjan), S. Baéta (Lomé), D. Baldé (Conakry), P. Bessette (Canada), S. Boni (Abidjan), J. De Souza (Cotonou), A. Diouf (Dakar), J. Ekoundzola (Brazzaville), H. Iloki (Brazzaville), J.M. Kassia (Yaoundé), G. Magnin (France), K. Moyo (Yaoundé), N. Kéita (Conakry), M. Koné (Abidjan), J. Lankoandé (Ouagadougou), J.M. Moutquin (Canada), I.H. Réziga (Tunis), I. Takpara (Cotonou).

Editor: Eusèbe Alihonou

Adjunct Editor : Jean Charles Moreau

DIAGNOSTIC ANTENATAL DE LA DYSPLASIE RENALE MULTIKYSTIQUE : A PROPOS DE DEUX CAS A LA CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE DU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR (SENEGAL)

M.E. FAYE DIEME, M. THIAM, A.A. DIOUF, A.C. NIASSY DIALLO, O. GASSAMA, P.M. MOREIRA,
A. DIOUF, J.C. MOREAU

RESUME

La dysplasie rénale multikystique (DRMK) est une anomalie du développement rénal, habituellement unilatérale, caractérisée par un gros rein kystique et un parenchyme totalement remanié et non fonctionnel. Elle correspond à l'expression clinique la plus fréquente des anomalies congénitales des reins et des voies urinaires ou Congenital Abnormalities of Kidney and Urinary Tract (CAKUT).

Le diagnostic de la DRMK est pratiquement toujours anténatal dans les pays développés grâce à l'échographie, mais souvent post-natal en Afrique devant une volumineuse masse abdominale.

Le pronostic à long terme est globalement bon mais la réduction néphronique impose un suivi à long terme et l'instauration de mesures de prévention du risque cardiovasculaire et néphrotoxique.

Nous rapportons deux cas de dysplasies rénales multikystiques diagnostiqués à l'échographie morphologique du deuxième trimestre avec une bonne évolution post-natale et rappelons les aspects diagnostiques, étiologiques, pronostiques et thérapeutiques de cette pathologie

Mots clés : Dysplasie multikystique, Malformation rénale, Diagnostic anténatal, Pronostic.

INTRODUCTION

La dysplasie rénale multikystique (DRMK) est une anomalie habituellement unilatérale du développement rénal, caractérisée par un gros rein kystique et un parenchyme totalement remanié et non fonctionnel. Elle correspond à l'expression clinique la plus fréquente des anomalies congénitales des reins et des voies urinaires dénommées Congenital Abnormalities of Kidney and Urinary Tract (CAKUT) [2].

L'échographie anténatale a permis de modifier le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de ces enfants présentant une dysplasie rénale multikystique [18].

Nous rapportons deux cas de dysplasie rénale multikystique diagnostiqués à l'échographie

SUMMARY

Antenatal diagnosis of multicystic kidney disease : report of two cases at Gynaecological and Obstetrical Department at Aristide Le Dantec Teaching Hospital in Dakar (Senegal)

Multicystic kidney disease (MCKD) is an anomaly of renal development characterized by unilateral enlarged cystic formations and fibrous dysplastic parenchyma. This anomaly, usually unilateral, is the most common form of Congenital Abnormality of Kidney and Urinary Tract (CAKUT).

With the use of ultrasound, the diagnosis usually prenatal in Europe, while in Africa it is postnatal on clinical presence of abdominal mass.

The long-term prognosis is usually good; however because of reduced nephron mass, an early prevention of cardiovascular and nephrotoxicity risk is recommended.

The authors report two cases diagnosed by antenatal ultrasound and review the epidemiological, pathophysiological, diagnosis, therapeutic aspects and the prognosis of this disease.

Keywords: Multicystic kidney disease, Renal malformation, Prenatal diagnosis, Prognosis.

obstétricale morphologique avec une bonne évolution post-natale. Nous discuterons des aspects diagnostiques, étiologiques, pronostiques et thérapeutiques de cette pathologie en nous basant sur les données de la littérature.

I. NOS OBSERVATIONS

Observation 1

Il s'agissait d'une IV^{ème} geste II^{ème} pare de 37 ans, reçue dans notre service pour le suivi d'une grossesse de 13 semaines d'aménorrhée (SA).

Cette patiente avait comme antécédents obstétricaux un avortement précoce et deux accouchements par voie basse dont le dernier avait donné naissance à un nouveau-né pesant 4500 grammes à l'issue d'un

Tirés à part : Marie Edouard FAYE DIEME, Maître de Conférences Agrégée, Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU Le Dantec, Dakar. Email : mefdieme@yahoo.fr

FAYE DIEME M.E., THIAM M., DIOUF A.A., NIASSY DIALLO A.C., GASSAMA O. MOREIRA P.M., DIOUF A., MOREAU, J.C. Diagnostic anténatal de la dysplasie rénale multikystique : à propos de deux cas à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du C.H.U. Aristide le Dantec de Dakar (Sénégal). Journal de la SAGO, 2017, vol.18, n°1, p.43-47.

déclenchement artificiel pour diabète gestationnel. L'examen clinique était normal en dehors d'une obésité avec un indice de masse corporelle à 31 kg/m². La clarté nucale était mesurée à 1,3 mm à l'échographie du premier trimestre.

L'examen échographique morphologique réalisé à 22 SA mettait en évidence un périmètre abdominal de 201 mm, au 96^{ème} percentile de 22 SA, une masse kystique multiloculée mesurant 73 mm sur 54 mm dont le plus gros kyste mesurait 27 mm de grand diamètre était visualisée dans la loge rénale droite (figure 1) :



Figure 1 : Echographie obstétricale à 22 SA objectivant une masse polykystique dans la loge rénale droite

L'uretère homolatéral n'était pas dilaté. Le rein gauche avait un aspect morphologique normal. Le même aspect échographique était retrouvé à 32 SA avec le plus gros kyste mesurant 47 mm (figure 2) :



Figure 2 : Echographie obstétricale à 32 SA objectivant une masse polykystique dans la loge rénale droite avec des cloisons non communicantes

L'évolution de la grossesse était marquée par la survenue d'un diabète gestationnel découvert à 25 SA. L'accouchement s'était déroulé par césarienne à 38 SA et 6 jours en raison de la survenue d'anomalies

du rythme cardiaque fœtal au cours du travail dans un contexte de diabète gestationnel déséquilibré malgré une insulinothérapie. Elle avait donné naissance à un nouveau-né de sexe féminin pesant 4200 grammes pour une taille de 51 cm, avec un indice d'Apgar à 10/10 à la 5^{ème} minute. Les suites opératoires étaient simples avec une normalisation des valeurs de la glycémie. L'examen néonatal avait confirmé le diagnostic de dysplasie multikystique rénale droite et une scintigraphie réalisée à 6 mois de vie confirmait son caractère non fonctionnel. L'évolution chez l'enfant est normale avec un recul de 24 mois.

Observation 2

Elle concernait une III^{ème} geste II^{ème} pare de 26 ans ayant 2 enfants, qui était référée dans notre service devant la découverte d'une masse abdominale fœtale à l'échographie morphologique réalisée au cours de la 24^{ème} SA. L'échographie obstétricale révélait une grossesse intra-utérine monofoetale évolutive de 33 SA et 1 jour avec un périmètre abdominal à 314 mm (95^{ème} percentile) et avait permis de visualiser au niveau de la loge rénale gauche une masse d'aspect polykystique mesurant 81 mm de grand diamètre, comportant plusieurs structures ovalaires anéchogènes de tailles inégales dont les plus volumineuses mesuraient 28 et 23 mm de grand diamètre (figure 3). Les cloisons étaient fines et avasculaires. Cet aspect échographique était en faveur d'une dysplasie multikystique rénale gauche. L'évolution de la grossesse était normale. La patiente avait accouché par voie basse à 39 semaines d'aménorrhée et 3 jours d'un nouveau-né de sexe féminin pesant 3600 g pour une taille de 50 cm avec un score d'Apgar à 9/10 à la 5^{ème} minute. L'échographie abdominale post-natale avait confirmé le diagnostic anténatal de dysplasie multikystique rénale gauche. L'évolution chez l'enfant était normale avec un recul de 9 mois.

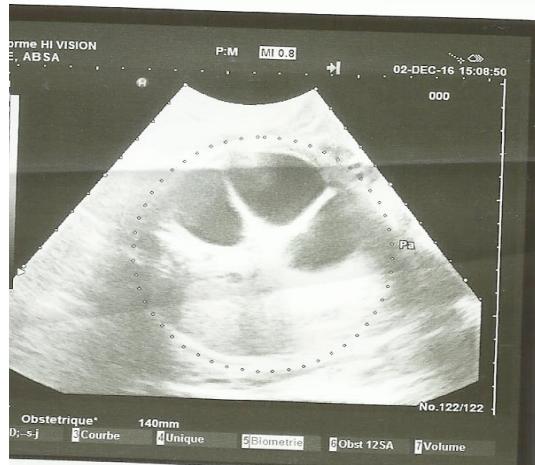


Figure 3 : Echographie obstétricale à 33 SA objectivant une masse polykystique dans la loge rénale gauche

II. DISCUSSION

1. Aspects épidémiologiques

La dysplasie rénale multikystique (DRMK) est une des plus fréquentes malformations de l'appareil urinaire, regroupées sous le terme de Congenital Abnormalities of Kidney and Urinary Tract (CAKUT) ou anomalies congénitales des reins et des voies urinaires [2].

C'est la forme la plus caractéristique de dysplasie rénale et c'est la lésion kystique rénale la plus fréquente chez l'enfant. Elle est caractérisée par un gros rein kystique avec un parenchyme totalement remanié et non fonctionnel et un uretère correspondant atrétique ou absent dans plus de deux tiers des cas [2].

L'incidence rapportée par la plupart des auteurs varie considérablement, allant de 1/500 à 1/6700 naissances [8,20]. Bacchetta [2] retrouve une incidence de 1/4300 naissances et une prédominance masculine (sex ratio de 1,48 garçons pour une fille). Dans nos deux observations, la DRMK a été découverte chez des fœtus de sexe féminin. Dans ces cas, il est décrit une association plus fréquente à des malformations extra-rénales (67% des cas) et plus souvent à des anomalies chromosomiques [18]. Chez nos patientes, les examens complémentaires réalisés en période post-natale n'avaient mis en évidence aucune autre malformation ou anomalie chromosomique.

2. Pathogénie

La DRMK résulte de l'apparition d'un obstacle lors du développement de la voie excrétrice entraînant une dilatation kystique des tubules et la formation de kystes [16,22]. Sa pathogénie reste incomplètement élucidée et plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer la survenue de cette anomalie rénale.

Dans la vision classique, la DRMK résulterait d'un défaut d'induction du blastème métanéphrique par le bourgeon urétéral [5]. C'est à partir de la partie postérieure du canal mésonéphrique abouché dans le cloaque que va se former le bourgeon urétéral qui interagit avec le blastème métanéphrique. Les tubes collecteurs dérivent du bourgeon urétéral et les tubes distaux et proximaux proviennent du blastème métanéphrique. Cette étape fondamentale du développement rénal est régulée par de nombreux facteurs de croissance et gènes du développement [14].

Une autre hypothèse suggère que des facteurs génétiques et environnementaux (virus, médicaments tératogènes) seraient également impliqués dans la genèse de la DRMK [19]. En effet, plusieurs travaux ont montré que certains gènes comme PAX2, SIX2, BMP4 étaient associés à des anomalies du

développement rénal de type DMK ou dysplasie kystique. Ceci pourrait expliquer les quelques formes familiales qui ont été rapportées [3,17]. Il existerait également un risque accru de DRMK en cas d'exposition fœtale à certains antiépileptiques comme la carbamazépine et le phénobarbital ou en cas de diabète gestationnel [4,22].

Chez notre 1^{re} patiente, nous avions noté des antécédents de diabète gestationnel et une récidive avait été constatée vers la 25^e semaine d'aménorrhée. La deuxième patiente ne présentait aucun antécédent particulier.

La DRMK peut également s'inscrire dans le cadre d'une anomalie chromosomique (trisomie 21, syndrome de Turner...) ou syndromique (syndromes de Wiedemann-Beckwitt, Di George, Perlman, Simpson-Golabi-Behmel ou Kallmann de Morsier) [6,22].

3. Aspects diagnostiques

Actuellement, la quasi totalité des DRMK sont diagnostiquées par l'échographie anténatale, généralement lors de l'examen morphologique réalisé entre 20 et 22 semaines d'aménorrhée [10]. Dans les cas que nous rapportons, le diagnostic était évoqué dès la 22^{ème} semaine d'aménorrhée dans la 1^{re} observation mais plus tardivement chez la deuxième patiente. Les aspects échographiques que nous avons retrouvés étaient comparables à ceux décrits dans la littérature [16].

Classiquement, l'échographie met en évidence des kystes intrarénaux anéchogènes, souvent volumineux, de taille inégale, en nombre variable, de répartition anarchique au sein du rein et non communicants. Le parenchyme rénal résiduel est échogène, totalement remanié et fibreux, aminci et parfois non identifiable, ce qui explique le caractère non fonctionnel du rein atteint [9,16]. L'échodoppler couleur montre l'absence de vascularisation parenchymateuse [16]. La sensibilité de l'échographie varie entre 80 et 100% avec un taux de faux positifs d'environ 2% [18]. En effet, ces aspects échographiques peuvent faire discuter une polykystose rénale qui se traduit par une néphromégalie bilatérale avec une accentuation de l'échogénicité médullaire liée à la dilatation des tubules et la présence de kystes de très petite taille avec perte de la différenciation cortico-médullaire [16]. Il faut également distinguer la DRMK de la dysplasie rénale obstructive caractérisée par la présence de petits kystes sous-corticaux avec augmentation importante de l'échogénicité du cortex rénal et de l'hydronéphrose dans laquelle est notée une communication entre les calices très dilatés et le bassinet [16]. En cas de doute, comme ce fut le cas dans la première observation, une scintigraphie rénale peut être proposée à quelques mois de vie pour confirmer le caractère non fonctionnel du rein [5].

L'échographie doit également rechercher systématiquement une uropathie malformatrice controlatérale associée ou une anomalie des organes génitaux internes. Les anomalies génitales les plus fréquemment décrites sont la persistance du canal de Gartner, les kystes des canaux déférents, l'hémivagin borgne et l'utérus bicorné [11].

Le rein controlatéral peut présenter des anomalies diverses telles un reflux vésico-urétéral ou un syndrome de la jonction pyélo-urétérale retrouvés dans respectivement 19% et 15% des cas dans la série de Aslam [1]. Les anomalies extra-rénales habituellement rapportées sont les cardiopathies, les anomalies digestives telles que l'atrésie de l'œsophage ou du duodénum et certaines anomalies chromosomiques comme la trisomie 21 [5]. La réalisation d'un caryotype est ainsi recommandée lorsqu'il existe des signes extra-rénaux associés [2]. Dans notre contexte africain où les échographies anténatales ne sont pas réalisées de manière systématique, la découverte de la DRMK peut être faite après la naissance soit dans le cadre du bilan systématique d'un syndrome polymalformatif, soit au cours de l'exploration d'une masse abdominale généralement indolore [18]. Plus tard, le diagnostic est souvent posé devant la palpation d'un gros rein dans le cadre du bilan d'une hypertension artérielle ou d'une insuffisance rénale modérée ou après la découverte d'un rein unique, du fait de l'involution d'un rein dysplasique [21]. L'examen anatomopathologique des pièces opératoires de néphrectomies montre un aspect de grappe de kystes translucides dans un tissu conjonctif comportant quelques ébauches néphroniques associées à des éléments dysplasiques [7].

4. Aspects pronostiques

L'évolution des DRMK *in utero* est variable. Une augmentation de la taille et du nombre de kystes est possible, bien qu'une régression précoce puisse être observée conduisant parfois à la non visualisation d'un rein [16]. Dans notre première observation, la taille du plus gros kyste était passée de 27 à 47 mm entre 22 et 32 semaines d'aménorrhée.

Le suivi échographique des enfants porteurs d'une DRMK montre une involution partielle ou totale du rein atteint dans 60 à 89% des cas dans un délai de 9 mois à 10 ans [9]. Il est noté une stabilisation dans 2 à 37% des cas et une augmentation de taille dans 2% des cas. Le rein controlatéral présente dans la majorité des cas une hypertrophie compensatrice qui surviendrait dans un délai moyen de 30 mois (intervalle de confiance à 95 % : 15–45 mois) [15]. Dans nos observations, la taille du rein fonctionnel était encore normale avec un recul respectivement de 24 et 9 mois.

Environ 40 % des insuffisances rénales terminales de l'enfant sont secondaires aux CAKUT [22].

La DRMK est néanmoins exceptionnellement responsable d'insuffisance rénale terminale, le pronostic dépendant du rein controlatéral [2]. Durant l'enfance, seules la réduction néphronique et l'hypertrophie compensatrice sont observées. Ce n'est qu'à l'âge adulte que les lésions peuvent évoluer progressivement et souvent insidieusement vers une insuffisance rénale chronique. C'est aussi à cet âge que d'autres facteurs de progression de l'insuffisance rénale comme l'hypertension artérielle, l'athérome, les dyslipémies, le diabète, le tabagisme ou l'hyperuricémie peuvent s'associer [2].

Ces formes unilatérales, telles que décrites dans nos observations, représentent 76 % des cas et sont de bon pronostic [10,18]. Les formes bilatérales sont rares et habituellement incompatibles avec la vie. Elles représentent un quart des dysplasies multikystiques fœtales, sont plus fréquentes chez les filles et plus souvent associées à un oligoamnios, à des anomalies malformatives extrarénales et/ou chromosomiques [22].

5. Aspects thérapeutiques

Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus pour la surveillance ; mais pour certains auteurs, elle doit être essentiellement échographique et clinique [5]. Ils recommandent de réaliser une échographie à la naissance visant essentiellement à confirmer le diagnostic anténatal, puis à 1 an, 5 ans, 10 ans et 15 ans. La cystographie et la scintigraphie n'ont pas d'indication systématique et ne doivent être éventuellement proposées que dans le but de contribuer à des orientations diagnostiques et/ou thérapeutiques potentielles.

Concernant la surveillance clinique et biologique, certaines équipes proposent de réaliser tous les 5 ans une mesure de la pression artérielle, ainsi qu'un dosage de la créatininémie et de la microalbuminurie [2,13]. Une revue systématique de 29 cohortes prospectives et rétrospectives concernant 1115 enfants porteurs d'une DRMK unilatérale avec prise en charge conservatrice avait montré que la probabilité de développer une hypertension artérielle pendant l'enfance était de 5,4 pour 1000 (intervalle de confiance à 95% : 1,9–11,7) [12]. Il est donc nécessaire d'expliquer aux parents et plus tard à l'adolescent puis à l'adulte les mesures de néphroprotection élémentaires qui doivent être appliquées. Il s'agit essentiellement de l'évitement des médicaments néphrotoxiques tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens, du tabac et des autres facteurs de risque cardiovasculaires par l'application de bonnes règles hygiéno-diététiques. Toute infection urinaire basse doit être traitée de manière systématique afin d'éviter une pyélonéphrite qui pourrait léser le rein unique [2]. C'est cette attitude abstentionniste qui a été adoptée chez nos patientes dont l'évolution actuelle est favorable.

La chirurgie et l'antibioprophylaxie ne doivent plus être proposées en première intention. L'indication chirurgicale, préconisée jadis, est actuellement limitée aux situations symptomatiques comme l'existence notamment d'une compression ou lorsque le diagnostic de DRMK n'est pas formel et ne peut être documenté par l'imagerie [5].

CONCLUSION

La dysplasie rénale multikystique (DRMK) est l'une des plus fréquentes anomalies congénitales des reins.

Dans le contexte africain, son diagnostic est souvent tardif en période post-natale et parfois seulement à l'âge adulte au cours de l'exploration d'une insuffisance rénale.

L'amélioration de son pronostic dans nos régions passe par un diagnostic plus précoce grâce au dépistage échographique anténatal et l'instauration de mesures de néphroprotection.

REFERENCES

1. Aslam M, Watson AR, Trent & Anglia MCDK Study Group. Unilateral multicystic dysplastic kidney: long term outcomes. Arch Dis Child 2006;91:820-3.
2. Bacchetta J, Liutkus A, Dodat H, Cochat P. Dysplasie rénale multikystique : mise au point et information pour les parents lors du diagnostic anténatal. Archives de Pédiatrie 2008 ; 15 :1107-1115.
3. Belk RA, Thomas DF, Mueller RF et al. A family study and the natural history of prenatally detected unilateral multicystic dysplastic kidney. J Urol 2002;167:666-9.
4. Carta M, Cimador M, Giuffré M et al. Unilateral multicystic dysplastic kidney in infants exposed to antiepileptic drugs during pregnancy. Pediatr Nephrol 2007;22:1054-7.
5. Cochat P, Bandin F. Hypoplasies et dysplasies rénales. In: Cochat P, Aigrain Y. Les malformations de l'appareil urinaire. Paris, Doin, 2002, p. 113-120
6. Deeb A, Robertson A, MacColl G et al. Multicystic dysplastic kidney and Kallmann's syndrome: a new association? Nephrol Dial Transplant 2001;16:1170-5.
7. Gubler MC, Dahmane F, Dommergues M et al. Prenatal diagnosis of renal malformations and diseases. Ann Pathol 1997;17:240-50.
8. Gunn TR, Mora JD, Pease P. Antenatal diagnosis of urinary tract abnormalities by ultrasonography after 28 weeks gestation: incidence and outcome. Am J Obstet Gynecol 1995;172:479-86.
9. Harambat J, Dobremez E, Llanas B. Quoi de neuf dans la dysplasie rénale multikystique ? Archives de Pédiatrie 2009 ; 16 : 696-697.
10. Kuwertz-Broeking E, Brinkmann OA, Von Lengerke HJ et al. Unilateral multicystic dysplastic kidney: experience in children. BJU Int 2004;93:388-92.
11. Merrot T, Lumenta DB, Tercier S et al. Multicystic dysplastic kidney with ipsilateral abnormalities of genitourinary tract: experience in children. Urology 2006;67:603-7.
12. Narchi H. Risk of Wilms' tumour with multicystic kidney disease: a systematic review. Arch Dis Child 2005;90:147-9.
13. Onal B, Kogan BA. Natural history of patients with multicystic dysplastic kidney-what follow up is needed? J Urol 2006;176: 1607-11.
14. Oner Sr A. Kidney ontogenesis. In: Cochat P. European Society of Pediatric Nephrology handbook. Lyon, Medcom, 2002, p 1107-1115.
15. Rabelo EA, Oliveira EA, Diniz JS et al. Natural history of multicystic kidney conservatively managed: a prospective study. Pediatr Nephrol 2004;19:1102-7.
16. Robert Y, Eurin D, Vaast P. Pathologie de l'appareil génito-urinaire. In : Echographie en pratique obstétricale. Robert Y, Guérin du Masgenêt, Ardaens Y. Paris, Masson, 2003, p. 293 – 311.
17. Sekine T, Namai Y, Yanagisawa A et al. A familial case of multicystic dysplastic kidney. Pediatr Nephrol 2005;20:1245-8.
18. Veyrac C. Anomalies congénitales du rein et de la voie excrétrice supérieure chez l'enfant. EMC-Radiologie 2004 ;1 : 491-541.
19. Weber S, Taylor JC, Winyard P et al. SIX2 and BMP4 mutations associate with anomalous kidney development. J Am Soc Nephrol 2008;19:891-903.
20. Wiesel A, Queisser-Luft A, Clementi M et al. EUROSCAN Study Group. Prenatal detection of congenital renal malformations by fetal ultrasonographic examination: an analysis of 709,030 births in 12 European countries. Eur J Med Genet 2005;48:131-44.
21. Woolf AS. Unilateral multicystic dysplastic kidney. Kidney Int 2006;69:190-3.
22. Woolf AS, Price KL, Scambler PJ et al. Evolving concepts in human renal dysplasia. J Am Soc Nephrol 2004;15:998-1007.