

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

=0=0=0=0=0=



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

Année universitaire 2022 -2023 *Mémoire N° : /..... /*

MEMOIRE

**DIAGNOSTIC ECHOGRAPHIQUE ANTENAL
D'UNE HYDRONEPHROSE BILATERALE
ASSOCIEE A UNE MEGAVESSIE : A PROPOS
D'UN CAS**

Présenté et Soutenu publiquement le ... /... /2023 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Younoussa CAMARA

Pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'Echographie Gynécologique et Obstétricale

Directeur de mémoire : Pr TRAORE Youssouf

Président du jury : Pr TEGUETE Ibrahim

Membre du jury : Dr GUINDO Ilias

Membre du jury : Dr KONE Bocary Sidy

Membre du jury : Pr CAMARA Mody

TABLEAU DE MATIERE

DEDICACES	2
REMERCIEMENT	3
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS :	3
2.1. Objectif général :	3
2.2. Objectifs spécifiques :	3
III. GENERALITES	4
3.1. Définition	4
3.2. Epidémiologie	4
3.3. Embryologie	4
3.4. Physiopathologie	6
3.5. Les pathologies des reins et de la vessie :	8
3.5.1. Classification des néphropathies et des uropathies	9
IV. OBSERVATION : NOTRE CAS	10
4.1. Caractéristiques de la patiente	10
4.1.1. Antécédents	10
4.1.2. Antécédent médicaux et chirurgicaux	10
4.1.3. Antécédents gynécologiques	10
4.1.4. Antécédents obstétricaux	10
4.2. Histoire de la maladie :	10
4.2.1. L'examen physique	11
4.2.2. Les bilans prénatals : réalisés le 04/05/2023	11
4.2.3. Echographie réalisée le 06/05/2023	11
4.3. Examen échographique	14
4.4. Notre conduite pratique :	21
4.5. But et moyen :	21
V. DISCUSSION	22
VI. CONCLUSION	24
VII. BIBLIOGRAPHIE	25

DEDICACES

BISMILAHİ RAHMANİ RAHİM

Au nom d'ALLAH le tout MISERICORDIEUX, le très MISERICORDIEUX.

« GLOIRE à Toi Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage ».

A notre prophète, Mohamed ; salut et paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons, à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement.

Je dédie ce travail :

- ✓ A mes mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie en donnant la vie ;
- ✓ Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance ;
- ✓ A mon cher père Moriba : celui qui m'a aidé à découvrir le « savoir » trésor inépuisable.

De tous les pères, tu as été le meilleur, tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Tu as été et seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Que Dieu te préserve des malheurs de la vie afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin.

Ce travail est ton œuvre, toi qui m'as donné tant de choses et tu continues à le faire sans jamais te plaindre. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas. J'espère au moins que ce mémoire y contribuera en partie.

REMERCIEMENT

✓ **A ma très chère mère Tagadi Traoré :**

La plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.

La personne qui m'a tout donné sans compter.

Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi.

Sans toi je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail, le témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect.

Puisse Dieu le Tout Puissant te protéger du mal et te procurer une longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Je t'aime maman.

✓ **A ma femme Mariam Diallo et mon garçon :**

Je vous aime à mourir.

Pour vous je vis.

Puisse Dieu bénir notre famille et nous permettent d'aller encore loin ensemble.

Je vous aime.

✓ **A mes frères et sœurs :**

Puisse nos fraternels liens se pérenniser et se consolider encore.

✓ **A mes honorables maîtres**

Professeurs :

Moukoro Niani : homme intègre et rigoureux ;

Traoré Youssouf : homme de science émérite et de rigueur ;

Téguété Ibrahim : homme de science, de challenge et pédagogue ;

Thera Tioukani Augustin : homme de science, de challenge et pédagogue ;

Bocoum Amadou : homme de science et de rigueur ;

Koné Bocary Sidi : homme de science, de challenge et pédagogue ;

Mody Camara : homme intègre et rigoureux ;

Guindo Ilias : homme de science et de rigueur.

Tous à vos distingués titres et en vos qualités respectives, recevez mes hommages les plus sincères pour la formation reçue. Puisse Allah vous accorder longue vie pour que l'on continue à apprendre à vos côtés.

✓ **Au corps professoral de la F.M.O.S pour la qualité de l'enseignement.**

A tous ceux de loin ou de près qui ont contribué à ma formation, qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- (-)** : Signe le plus absent.
- (+)** : Signe le plus souvent présent.
- DAP** : Diamètre antéro-postérieur.
- DPC** : Dilatation pyélo-calicielle.
- JPU** : Syndrome jonction pyélo-calicielle.
- JUV** : Syndrome de jonction urétero-vésicole.
- MKR** : Multikystose rénale.
- PKR** : Polykystose rénale.
- RVU** : Reflux vésico-uréteral.
- SFU** : Society of foetal Urology.
- US** : Ultrason graphie.
- VUP** : Valve de l'urètre postérieur.

I. INTRODUCTION

Les reins sont présents verticalement dans les fosses lombaires de part et d'autre du rachis. La croissance des reins se fait à partir du blastème métanéphrogène situé au niveau cortical. Le rein a un contour bosselé, il est surmonté de la surrénale. L'uretère normalement pas visible en échographie relie les reins à la vessie. La vessie est médiane dans le petit bassin [1].

Chez le garçon elle est séparée du périnée par le rectum en arrière et en avant par le col vésical la prostate et les organes génitaux.

Chez la fille la vessie est séparée du périnée par la cavité vaginale avec ses parois épaisses la cavité utérine et le rectum.

Le col vésical est en avant, la fonction rénale permet des mictions dès le 1^{er} trimestre.

Elle participe à la formation du liquide amniotique. A partir de 18 SA le volume de liquide amniotique dépend presque exclusivement de cette fonction rénale [2].

Cependant nous observons de plus en plus de fréquence élevée des anomalies : de l'absence, siège, de fonctionnement, de structure, tel que (anamnios ; absences ; migration des reins pyélectasie, hydronéphrose, urinome, méga-uretère ; méga vessie urétrale) [1].

Echographie est un examen non irradiant qui permet de déterminer le degré de l'hydronéphrose et de détecter des signes directs ou indirects, de diagnostiquer d'autres anomalies de l'arbre urinaire et / de ou de souffrance rénale (épaisseur et apparence du parenchyme) [3].

L'échographie est un élément incontournable dans le diagnostic anténatal, la prise en charge, la surveillance de ces malformations.

Le syndrome de jonction pyélo-calicielle est l'uropathie obstructive la plus fréquente du nouveau-né (35%) et touche environ 0,2% des naissances vivantes. La prédominance masculine est nette, avec un sexe ratio de 2 pour 1. Elle est 90% des cas unilatérale (60% du côté gauche), elle peut être bilatérale, et le plus souvent isolée [4].

La méga vessie est une malformation fréquente, représente 10% des uropathies et dans 30% des cas elle est associée à une autre malformation [5].

Nous apportons un cas d'hydronéphrose bilatérale associée à une méga vessie de découverte précoce à l'échographie Trans abdominale.

II. OBJECTIFS :

2.1. Objectif général :

Etudier une forme de néphropathie associée à une uropathie congénitale en montrant le rôle de l'échographie dans son diagnostic, la prise en charge au cours de la grossesse.

2.2. Objectifs spécifiques :

Décrire les aspects échographiques d'une hydronéphrose bilatérale associée à une méga vessie fœtal ;

Evaluer l'efficacité de l'échographie dans le diagnostic et les suivis de ces pathologies ;

Etablir le pronostic fœtal.

III. GENERALITES

3.1. Définition

Hydronéphrose : est une dilatation pyélo-calicielle, elle peut être primaire ou secondaire [1].

Méga vessie : c'est un diamètre vésical longitudinal supérieur à 10mm [2].

3.2. Epidémiologie

L'hydronéphrose, représente 50% des malformations congénitales. Cette malformation est détectée chez 0.59 à 1.4% des fœtus. Sa prévalence dans les pays européens est estimée à 11.5 pour 10 000 nouveau-nés. Plus fréquent chez les Garçons soit 65% [2].

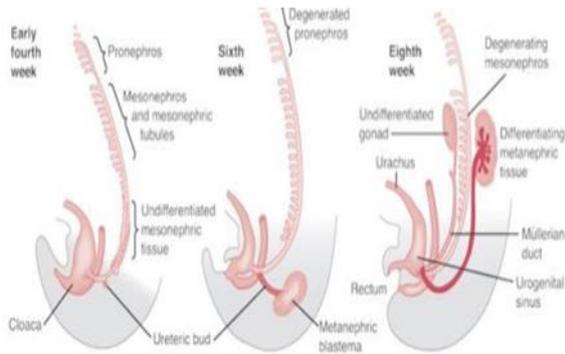
La méga vessie est une malformation qui s'associe fréquemment à d'autres malformations (30% des cas) [6]

3.3. Embryologie

Entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine de développement chacun des 3 feuilles va se spécialiser en association ou non pour donner des organes et des appareils.

-**Ainsi l'ectoblaste** : par évolution de la portion céphalique du tube neural donne deux rétrécissements qui délimite 3 vésicules :

- Prosencéphale à l'origine du cerveau ;
- Mésencéphale à l'origine du tronc cérébral ;
- Rhombencéphale : à l'organe du cervelet.
- **Mésoblaste** par évolution va donner :
 - Le mésoblaste para –axial à l'origine sclérotome (squelette, vertèbres), myotome (muscle), dermatome (derme et tissus cutané) ;
 - Mésoblaste intermédiaire va donner le néphrotome (reins et organes génitaux internes) ;
 - Mésoblaste latéral à l'orgue (cavités pleurale, péricardique et péritonéale).
- **L'entoblaste** à l'origine de l'intestin primitif à l'aspect normal des reins et de la vessie [2].



- Début de la différenciation à 7 S.A. à partir du métanéphros
- Migration en position lombaire 2 mois
- Début de la production d'urines 12 S.A.

Figure 1 : Embryologie du rein [7].

Situés verticalement dans les fosses lombaires de part et d'autre du rachis sur une coupe axiale, le bassinet est orienté en avant et en dedans.

Le parenchyme rénal apparait hétérogène avec les pyramides de malpighie, qui paraissent légèrement hypo échogènes par rapport à la verticale, la croissance du rein se fait à partir du blastème métanéphrogène, situé au niveau cortical, la surface rénale est ainsi légèrement bosselée la hauteur du rein représente quatre vertèbres sur une coupe parasagittale.

Le rein à un contour bosselé, il est surmonté de la surrénale.



Figure 2 : Coupe axiale des reins [8].

L'uretère n'est normalement pas visible en échographie.

- l'uretère, entre le rein et la vessie, n'est pas visible de façon habituelle c'est pourquoi une image anéchogène, entre la vessie et le rectum, doit faire évoquer un méga urètre.
- La vessie est médiane dans le petit bassin.
 - Chez le garçon, elle est séparée du périnée par le rectum en arrière et en avant par le col vésical, la prostate, et les organes génitaux.
 - Chez la fille, la vessie est séparée du périnée la cavité vaginale avec ses parois épaisses, la cavité utérines et le rectum est le col vésical est en avant : la fonction rénale permet des mictions dès le 1^{er} trimestre. Elle participe la formation ou liquide amniotique.

A Partir de 18 sa, le volume du C A dépend presque exclusivement de cette fonction rénale. En son absence, un anamnios est observé avec des retentissements fœtaux à type séquences de Potter [1].

3.4. Physiopathologie

Il est Communément admis que chez le fœtus, les obstructions bilatérales sont de moins bons pronostics que les obstructions unilatérales, tant, par le fait de leur répercussion sur la fonction rénale globale que par le fait que l'urine constitue le composant majeur du liquide amniotique. Ce dernier est nécessaire à la maturation pulmonaire et évite les déformations squelettiques par phénomène de compression intra-utérine (syndrome de Potter). Bien que cette pathologie soit fréquente, le mécanisme physio-pathologique responsables de la défaillance rénale reste toujours mal établi. Il a été cependant clairement démontré que le mécanisme de l'insuffisance rénale n'est pas simplement le résultat d'une diminution du flux urinaire rénal. Un syndrome complexe contribue à l'altération de l'hémodynamique glomérulaire et au dysfonctionnement tubulaire.

Ce syndrome complexe est le résultat de l'interaction des facteurs vasoactifs et immunologiques activités en réponse à l'obstruction. La présence d'une augmentation de l'actives du système renie-angiotensine, d'infiltrations cellulaires inflammatoires constituées de macrophages, de l'activation du Tumor necrosis factor - α (TNF α), de la

transforming growth factor-B (TGF-B) ET DU FACTEUR NUCL2AIRE -KB(NF-kB) ont clairement été démontrés. Le résultat est une vasoconstriction, une fibrose interstitielle et une apoptose cellulaire [9].

Les causes de l'hydronéphrose primaire sont les suivantes :

- **Obstacle pariétal :** les sténoses sont dites fonctionnelles (50-56% des cas). Cet obstacle est dû à une pathologie de la paroi de l'uretère sous-pyélique. L'examen histologique peut révéler une disposition anormale des fibres musculaires, un excès de collagène ou encore une fibrose plus ou moins importante de cette paroi.
- **Obstacle extrinsèque :** vaisseaux polaires inférieurs.
Il s'agit d'un pédicule vasculaire qui croise l'uretère sur sa face antérieure, il peut naître directement de l'aorte, du tronc de l'artère rénale ou de sa branche antérieure. Sa participation est notée dans près de 25% des hydronéphroses [8].
- **Obstacle intrinsèque :** rares (atrésies segmentaires de l'urètres, replis valvulaires, polypes muqueux).

Les causes de l'hydronéphrose secondaire sont les suivantes :

- **Origine mécanique** (post-chirurgicale, calcul enclavé lésion tumorale ou autre).
- **Origine inflammatoire.**

Classification de l'hydronéphrose selon SFU :

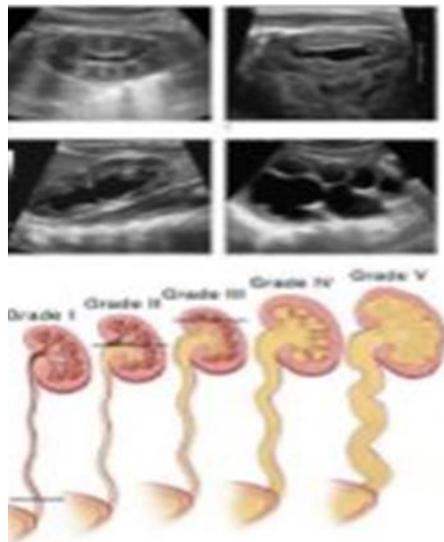


Figure 3 : Images montrant la classification de l'hydronéphrose selon SFU [7].

I : parenchyme normal, bassinet dilaté, calices non dilatés ;

II : parenchyme normal, bassinet et calices dilatés, impression papillaire conservée ;

III : parenchyme aminci, importante dilatation pyélo-calicielle avec calices bombés et disposition de l'impression papillaire ;

IV : parenchyme très aminci, dilatation pyélo-calicielle massive, disparition de la différenciation pyélo-calicielle [9].

3.5. Les pathologies des reins et de la vessie :

Tableau : variabilité des signes courants des uropathies en anténal.

	JPU	JUV	Reflux/VUP
Variabilité des signes	(+)	(-)	++
Dilatation pyélique extra-sinusale	++	±	(-)
Dilatation des calices	+ Joufflus	±	+Avec anatomie normale
Méga-uretère	(-)	+Péristaltisme important	+
Vessie de lutte	(-)	(-)	(-)/+
Urétérocèle	(-)	±	(-)
Urinome	±	(-)	(-)/+
Ascite	(-)	(-)	(-)/+

(-) : signe le plus souvent absent ; + : signe le plus souvent présent ou possible. JPU : syndrome jonction pyélo-urétérale. JUV : Syndrome jonction urétéro-vésicale.

Néphropathies : Ce sont les pathologies du parenchyme rénal. la classification proposée dans un premier temps est volontairement imparfaite pour faciliter sa mémorisation.

3.5.1. Classification des néphropathies et des uropathies

Pathologies du parenchyme rénal

- Dysplasies ou multikystoses rénales (MKR) : elles peuvent être unis ou bilatérale. Elles sont dites obstructives quand un obstacle ou un reflux sur l'arbre urinaire est mis en évidence ou primitives quand il n'y a pas des pathologies urinaires sous-jacentes visibles
- Polykystoses rénales (PKR) : elles sont bilatérales, autosomiques récessives ou autosomiques dominantes.
- Il existe d'autres néphropathies dont le diagnostic anténatal est parfois possible. Elles sont bilatérales et concernent l'ensemble du parenchyme rénal. Certaines portent le nom inopportun de dysplasies kystiques, d'autres de reins glomérulokystiques.

Uropathies :

Les pathologies de l'arbre urinaire :

- Jonction haute ou pyélo-urétérale ;
- Jonction base ou urétéro-vesicale ;
- Valve de l'urètre postérieur ;
- Reflux vésico-urétéral [1].

IV. OBSERVATION : NOTRE CAS

4.1. Caractéristiques de la patiente

MADAME DK :

42 ans

Mariée, d'origine Malienne

Profession : Ménagère

Mode de vie : Alimentation habituelle (céréale, pas d'alcool)

4.1.1. Antécédents

- ANTECEDENTS FAMILIAUX

Pas de tare familiale connue./H

4.1.2. Antécédent médicaux et chirurgicaux

- Pas d'antécédent connu.
- Allergie connue aucune.

4.1.3. Antécédents gynécologiques

- Age aux premières règles : 17 ans.
- Contraception : dépôt de provera entre 3eme et 4eme enfant soit 2ans et implant jabelle entre 4^eeme et 5eme enfant soit 5ans.
- Pas de notion de stérilité.

4.1.4. Antécédents obstétricaux

- Neuvième geste, huitième pare, sept vivants, un décédé ;
- Date des dernières règles méconnues ;
- Cycle régulier ;
- Durée du cycle : 28 jours ;

4.2. Histoire de la maladie :

La patiente a consulté au centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako le 27/04/2023 pour une consultation prénatale dans un contexte de retard des

règles d'environ trois mois. Par ailleurs notion des signes sympathiques de la grossesse depuis trois semaines environ.

4.2.1. L'examen physique

L'examen à l'admission retrouve :

- Poids : 57kgs, taille : 1m 64cm, TA : 100/70mmhg, conjonctives colorées.
- Un bon état hémodynamique ;
- Un abdomen souple dépressif, indolore ;
- Une légère voussure sus-pubienne ;
- Au toucher vaginal : le col est long postérieur fermé, l'utérus augmenté de taille, contours réguliers non douloureux à la mobilisation, pas de masse annexielle palpable.

4.2.2. Les bilans prénatals : réalisés le 04/05/2023

Groupage rhésus : O négatif, agglutinine irrégulière négative, Albumine, Sucre : Néant, Taux d'hémoglobine : 10.2 g/dl, Glycémie à jeun : 0.75g/dl, Ag Hbs : négatif, SRV : négative, Toxo IGG ET IGM : négative, Rubéole IGG ET IGM : négative, BW : négatif ; Test d'emmmel : négatif, ECBU et PV avec ATB : candida Albicans sensible à FLUCONAZOLE,

4.2.3. Echographie réalisée le 06/05/2023

L'examen est réalisé à l'aide d'un appareil numérique HITACHI PREIRUS hi vision avec doppler couleur muni d'une sonde sectorielle courbe multifréquence, **sujet en réplétion vésicale.**

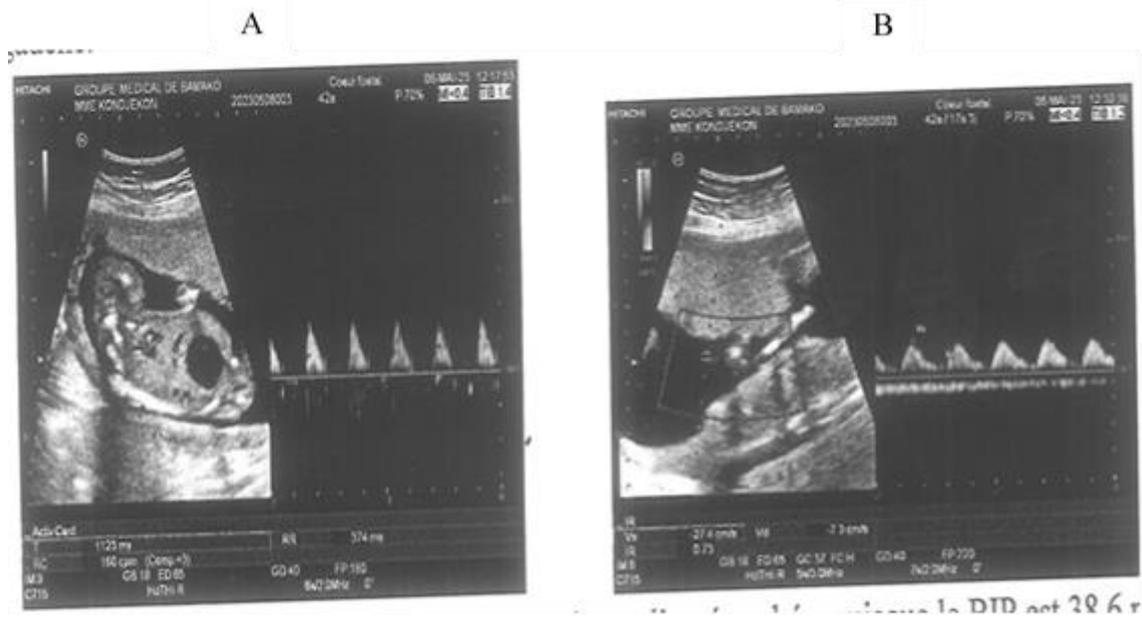


Figure 4 : Coupe sagittale montrant une courbe d'activité cardiaque à 160 bt/mn, IR ombilical 0.73, A et B.

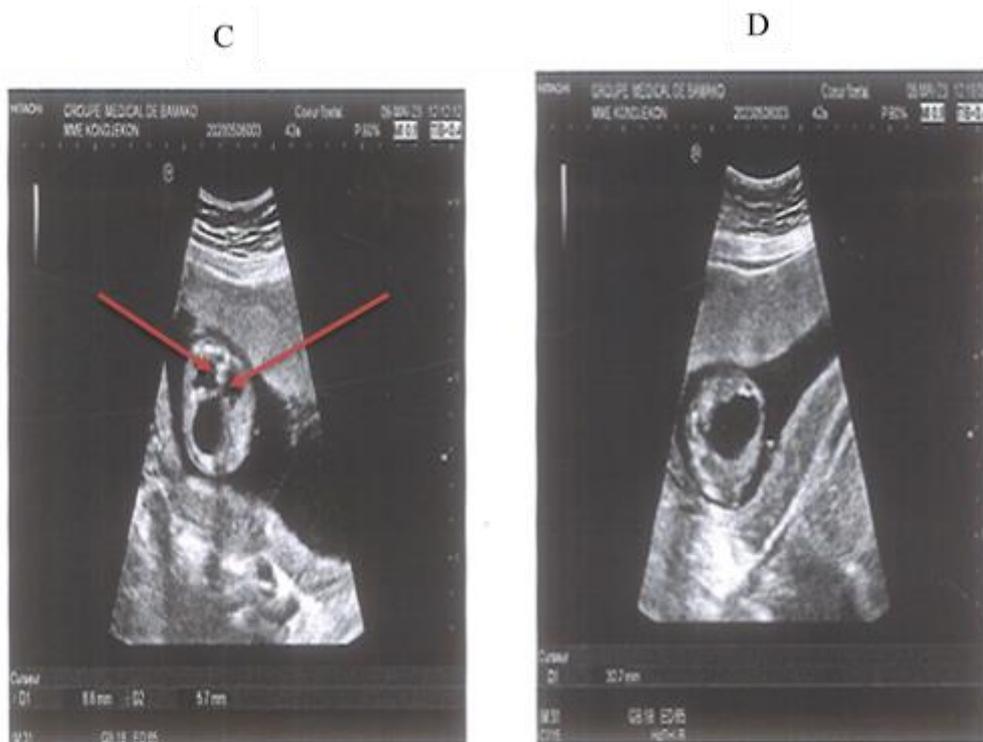


Figure 5 : Une coupe axiale à la hauteur des reins montrant à l'image C, en haut deux images anéchogène, arrondie, séparée par une image hyper échogène, faisant évoquer les deux reins avec une dilatation pyélocalicielle, mesurant 6.6mm à droite et 5.7mm à gauche. En bas une image arrondie anéchogène de 30.7 mm de grand axe faisant évoquer une méga vessie. Une coupe axiale base à la hauteur de l'image D montrant une méga vessie.

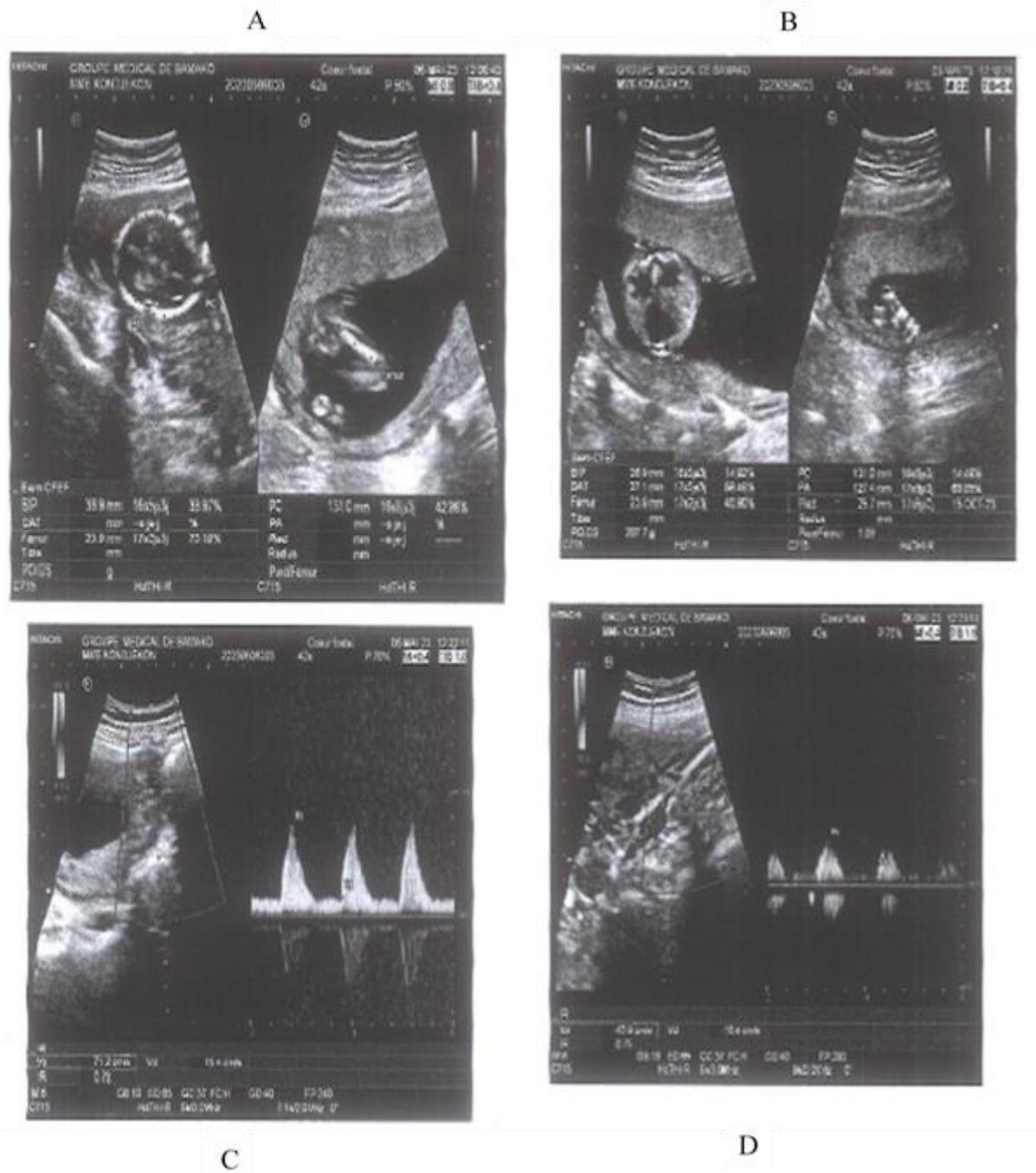


Figure 6 : A l’image A, une coupe axiale montrant une image arrondie à contour hyper échogène, séparé au milieu par une ligne hyper échogène équidistant faisant évoquer la boîte crânienne avec BIP : 38mm, PC : 131mm, la deuxième image correspond à une image hyper échogène linéaire à l’extrémité caudale faisant suite des rachis de part et d’autre pouvant corresponde au fémur de 23mm. A droite une coupe axiale, d’une image arrondie à la hauteur de l’abdomen faisant évoquer le PA mesurant 127mm.

Nous avons une grossesse évolutive de 17SA et 03 jours, avec une image d'hydronéphrose bilatérale et une méga vessie.

4.3. Examen échographique

Il a été effectué avec l'appareil voluson E8 par voie transpéritéale avec une sonde de 3.5 MHz.



Figure 7 : Coupe axiale à la hauteur de l'abdomen montrant une image ovale avec en son sein deux images anéchogènes superposées faisant évoquer l'estomac et le Ductus venosus, une image arrondie près du rachis correspondant à l'Aorte abdominale.



Figure 8 : Une coupe axiale montrant le PC et BIP.



Figure 9 : Coupe para sagittale montrant la vessie et les reins dilaté.



Figure 10 : Coupe axiale montrant vessie dilatée.



Figure 11 : Coupe axiale de la fosse postérieure montrant cervelet.



Figure 12 : Coupe sagittale montrant les rachis.

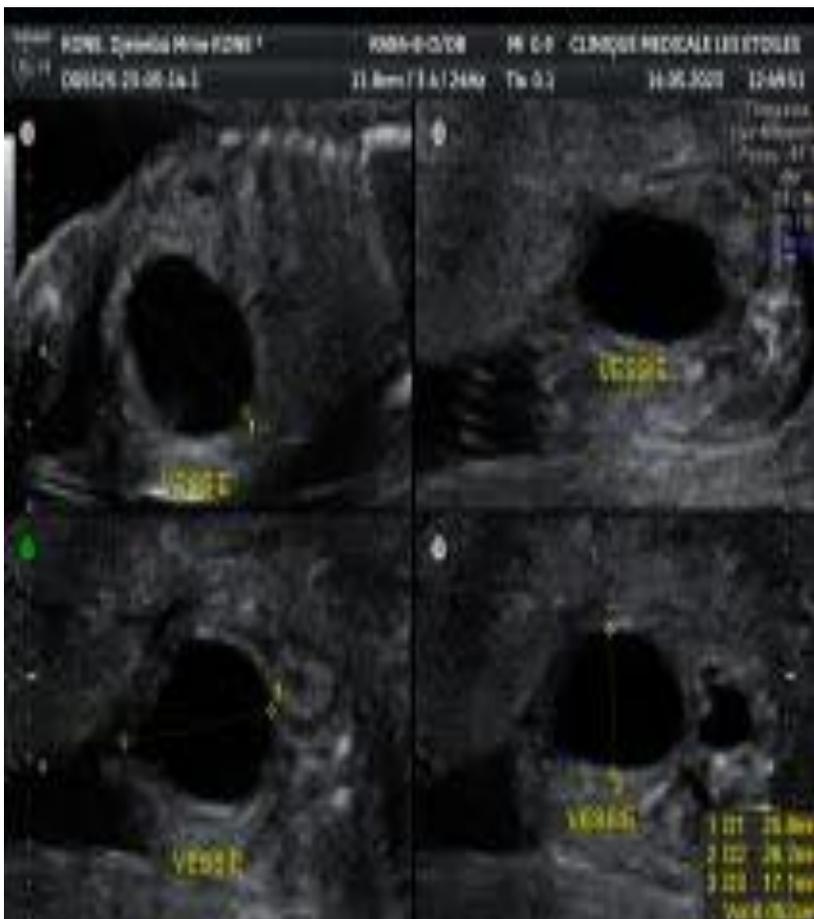


Figure 13 : Coupe axiale de la vessie avec un diamètre de 25mm.



Figure 14 : Coupe montrant le fémur antérieur.



Figure 15 : Coupe axiale à la hauteur des reins avec une dilatation pyélocalicielle.

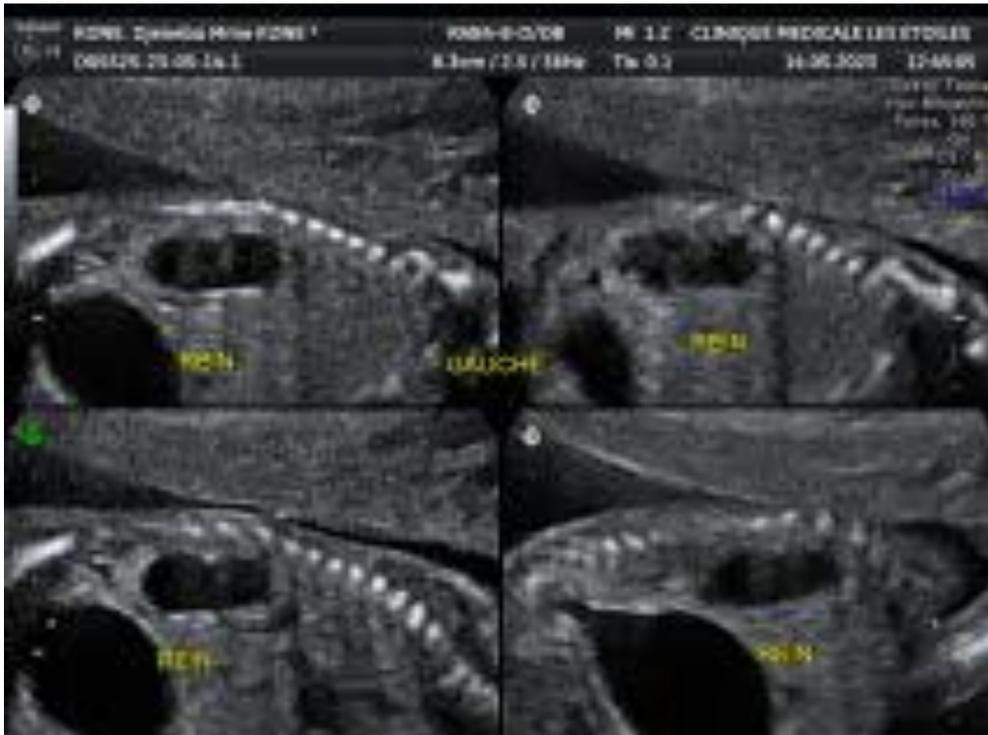


Figure 16 : Coupe para sagittale droite montrant la vessie le rein droit dilaté.



Figure 17 : Coupe para sagittale gauche montrant le rein gauche dilaté.



Figure 18 : Coupe de la face montrant l'os propre du nez, les yeux.



Figure 19 : Coupe Montrant le phénotype du fœtus, une ligne hyperclarté au sommet d'une image arrondie contenant deux zones hyper échogène ovalaire entre deux Fémur: Garçon (xy).



Figure 20 : Coupe axiale basse montrant une image anéchogène arrondie prenant le doppler couleur à ses deux bords correspondant à la vessie.

4.4. Notre conduite pratique :

4.5. But et moyen :

Surveillance de la grossesse, compléter les bilans prénatals, conseiller sur le pronostic fœtal, continuer la consultation prénatale.

Mettre sous le fer acide folique, Albendazole, SP, Floconazol pour le candidat A

V. DISCUSSION

L'hydronéphrose congénitale ou primaire est une malformation anténatale fréquente. Sa fréquence est environ 50% des malformations congénitale [10]. L'hydronéphrose touche environ 11 naissances sur 10000 [11].

La méga vessie est une malformation fréquente représente 10% des uropathies, dans 30% elle associée à une malformation [12].

Notre cas est un cas typique d'hydronéphrose bilatérale associée à une méga vessie de découverte échographique sur une grossesse évolutive de 17 SA et 03 jours.

Le rôle, de l'échographie anténatale dans le diagnostic est bien connu. Une dilatation pyélo- calicielle [5]. Vers la fin du premier trimestre de la grossesse, il est possible de voir une obstruction de la valve postérieure à l'échographie avec comme signe une dilatation de la vessie que l'on nomme méga vessie [13]. Le pronostic est réservé lorsqu'un tel diagnostic est effectué aussi précocement, surtout s'il est accompagné d'un oligo ou hydramnios et d'une malformation des reins [7]

En pratique et selon les recommandations, nous retenons le diagnostic de DPC lorsque le DAP du pelvis rénal à L'US anténatal est supérieur ou égal à 7mm au 3^{eme} trimestre de grossesse ou SFU II, III ou IV selon la classification de la « Society of foetal Urology » [9].

A noter que l'échographie anténatale peut mettre en évidence des méga-uretères sans DPC. Dans ce cas, il est important d'exclure la présence d'une RVU sous-jacent ou chez le nouveau-né garçon de valves de l'urètre postérieur.

Une vessie à paroi épaissie à l'US anténatal est un argument pour exclure des valves de l'urètre postérieur chez le garçon nous n'avons pas observés ses signes dans notre cas.

Le diagnostic de méga vessie repose sur des critères subjectifs : la persistance d'une image de dilatation de la vessie sans cycle de vidange clairement identifié (sup à 45min) [6].

Cela a été retrouvé dans notre cas avec des images de dilatation vésicale continu sans vidange sur une grossesse évolutive de 23 SA. Nous dirons que l'échographie demeure un élément indispensable dans le diagnostic, le guide pour la prise en charge, ainsi le suivi post natal. Dans notre cas le pronostic est réservé.

VI. CONCLUSION

L'hydronéphrose anténatale est un diagnostic fréquent. Dans la majorité des cas, elle est bénigne et de résolution spontanée, mais elle peut également être associée à des malformations de l'arbre urinaire. Comme dans notre cas une association d'hydronéphrose bilatérale avec une méga vessie.

Dont le pronostic semble être mauvais selon les données de la littérature.

La prise en charge reste controversée, et différé selon les centres et les pays.

L'échographie demeure le premier examen complémentaire. Elle nous renseignera sur le degré d'HN et sur les signes directs de pathologies associées et de souffrance rénale.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Gilles Grangé : Guide pratique de l'échographie obstétricale et gynécologique, Maternité Port-Royal, hôpital Cochin, Paris, 3è édition, Janvier 2022, pages : 209.
2. Cours du DU d'échographie obstétricale et gynécologique FMOS année universitaire 2022-2023.
3. Pyélectasie fœtale : Diagnostic anténatal, pronostic et prise en charge néonatale.
Adèle AGOSTINI : Mémoire 2013.
4. Introduction à l'échographie diagnostic : Jacques LANSAC, MARS 2010.
5. Diagnostic anténatal des uropathies fœtale : Périnatologie Mayotte 2016.
6. D. Forgues, P. Borrego, H. Blard : Méga vessie : Réseau périnatal naitre et grandir en languodoc Roussillon.Email : naitre.ir@gir.fr
7. Guide de pratique de l'association des urologues du Canada et des urologues pédiatriques du Canada sur le dépistage et la prise en charge de l'hydronéphrose anténatale.
8. Le pédicule vasculaire inferieur dans une série de 48 syndromes de la jonction pyélo- calicielle. V LOPEZ 2000.
9. H. chehad, P.parvex, F. cachat, J-B Meyrat : Hydronéphrose néonatale : Recommandations Suisses Romandes de prise en charge.
Hassib.Cehade@chuv.ch.
10. Héléne Legrand, Nathalie Godefroid, Axel Feyaerts, Stéphane Thiry, David Tuerlinckx : Réflexion sur la prise en charge de l'hydronéphrose anténatale.
Helene.legrand@stuent.uclouvain.be
11. Hydronéphrose anténatale à l'échographie : Dr Véronique PHAN CHU Sainte Justine. Le centre Hospitalier Universitaire Mère- enfant : Université de Montréal
date de création : Le 24 janvier 2018.
12. Méga vessie l'échographie anténatale : Marie claire, Février 2014.
13. Echographie anténatal : <https://www.lourainmedical.be>, le 28/08/2023 à 22H18.