

 <p>Aux portes de la vie</p>	UROPATHIES MALFORMATIVES A LA NAISSANCE	Protocole pédiatrique n°17 version 2 page 1/3
---	--	---

Référence : RSN/PR/REA.P/017/A	Date de 1 ^{ère} mise en service : 04/12/2008
--------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Fait par :
2	08/03/2016	Mise à jour	Pr E. BERARD

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction : Pr E. BERARD	Nom et fonction : Dr AM. MAILLOTTE Pr E. BERARD	Nom et fonction : Dr C. DAGEVILLE	Nom et fonction : CMS
Date : 20/11/2008	Date : 05/03/2016	Date : 22/11/2008	Date : 08/03/2016
Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé

1- MESURES ECHOGRAPHIQUES DE REFERENCE

La mesure de référence est le diamètre antéro-postérieur du pyelon (= bassin) sur la coupe transverse au niveau du hile.

Est à prendre en considération toute dilatation pyélique anténatale dont les mensurations sont :

- > 4 mm avant 33 semaines
- > 7 mm après 33 semaines
- > 20 mm : uropathie majeure

En période (anté ou) post-natale on distingue donc 2 catégories d'uropathies malformatives : les uropathies majeures et les uropathies non majeures.

2- UROPATHIES MAJEURES

a. Définition : présence d'au moins un des signes suivants :

- Oligoamnios (risque d'insuffisance rénale, d'hypoplasie pulmonaire)
- Uropathies bilatérales ou sur rein unique
- Dilatation pyélique > 20 mm ou avec un amincissement cortical important en échographie anténatale.

b. Ces uropathies présentent un risque de retentissement sur la fonction rénale : Elles justifient un avis (téléphonique) spécialisé (urologue ou néphrologue pédiatre) et éventuellement un transfert anté ou néonatal. Ces uropathies ont le plus souvent été dépistées au cours de la grossesse et présentées au Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal.

 <p>Réseau SÉCURITÉ Naissance Paca Est-Haute Corse-Monaco <i>Aux portes de la vie</i></p>	<p>UROPATHIES MALFORMATIVES A LA NAISSANCE</p>	<p>Protocole pédiatrique n°17 version 2 page 2/3</p>
---	---	---

c. Conduite à tenir au cours du séjour en maternité si décision de maintien en maternité :

- Surveillance du poids et de l'alimentation
- Quantification de la diurèse par une pesée des couches sur 12 ou 24 heures (diurèse normale : 1 ml/kg/h).
- Echographie de contrôle avant 48 heures de vie pour analyser les éléments suivants:
 - ❖ Taille des reins (à comparer aux courbes de référence) ;
 - ❖ Epaisseur corticale, échogénicité du parenchyme rénal, signes de dysplasie rénale (hyperéchogénicité franche plus marquée que celle physiologique du nouveau-né) ;
 - ❖ Dilatation antéro-postérieure et en hauteur du bassinnet ;
 - ❖ Dilatation calicelle et urétérale (notamment en arrière de la vessie) ;
 - ❖ Paroi pyélique épaissie.
- ECBU dans les 2 premiers jours ;
- Dosage de la créatininémie de la mère ;
- Dosage de la créatininémie de l'enfant vers J3-J4 (la diminution du chiffre de la créatinémie de l'enfant à J4 par rapport à la créatininémie maternelle est un bon reflet d'une fonction rénale correcte).

Contactez un urologue ou néphrologue pédiatre avec l'ensemble de ces informations.

2- UROPATHIES NON MAJEURES

Définition : ce sont les uropathies unilatérales, non associées à un oligoamnios, avec une dilatation pyélique < 20mm : **aucun intérêt de réaliser une échographie à J3** (diurèse incomplète donc résultats faussement rassurants).

a. Réaliser une échographie à 15 jours de vie, après la sortie de la maternité.

Une échographie est dite normale après la naissance si :

- pyélon <7 mm
- uretère non visible
- échogénicité normale avec une différenciation cortico-médullaire nette
- taille du rein normale avec une croissance régulière (Se reporter aux courbes de référence)
- Si échographie normale : faire contrôle à 4 et 12 mois, puis arrêt des investigations si reste normale ;
- Si la dilatation reste stable : contrôle à 4 et 12 mois. Si toujours présente à 12 mois, prendre un avis spécialisé (urologue ou néphrologue pédiatre).

 <p>Réseau SÉCURITÉ Naissance Paca Est-Haute Corse-Monaco <i>Aux portes de la vie</i></p>	<p>UROPATHIES MALFORMATIVES A LA NAISSANCE</p>	<p>Protocole pédiatrique n°17 version 2 page 3/3</p>
---	---	---

- Si la dilatation augmente ou si d'autres anomalies apparaissent, prendre un avis spécialisé (urologue ou néphrologue pédiatre) dès la modification des signes échographiques. Il faudra décider de la poursuite des investigations (cystographie, scintigraphie, ...) pour orienter le traitement et l'instauration éventuelle d'une désinfection. Celle-ci est souvent recommandée mais ne semble pas obligatoire. Si elle est décidée on utilise :
 - * Avant 6 semaines : ALFATIL : 5 à 7 mg/kg/j en 1 prise le soir (soit 0.3 ml/kg de la solution pédiatrique à 125mg/5ml)
 - * Après 6 semaines : BACTRIM : 7 à 10 mg/kg/j en 1 prise le soir (soit 0.3 ml/kg de la solution pédiatrique). En respectant les contre-indications de ce dernier médicament (Prématurés et nouveau-nés, déficit en G6PD, atteinte sévère du parenchyme hépatique).

Protocole validé par le centre de référence Sud Ouest des maladies rares rénales de l'enfant (SORARE).

Références :

- Aksu N, Yavaşcan O, Kangin M, et al. Postnatal management of infants with antenatally detected hydronephrosis. *Pediatr Nephrol.* 2005;20:1253-9.
- Fefer S, Ellsworth P. Prenatal hydronephrosis. *Pediatr Clin North Am.* 2006;53:429-47
- Radet C, Champion G, Grimal I, Duverne C, Coupris L, Ginies JL, Limal JM. Anomalies de l'appareil urinaire de diagnostic antenatal : attitude néonatale et devenir de 100 enfants nés entre 1988 et 1990 au CHU d'Angers. *Arch Pediatr.* 1996;3:1069-78