

Homme caucasien de 58 ans • Examen médical de routine montre : •

Hypertension : 130/80 mmHg • **hémoglobine : 213 g/L (135-180 g/L)** •

ATCD: • Tabagisme (20 paquets-années) • Reflux gastro-oesophagien (sous esomeprazole).

Quelles explorations biologiques vous paraissent-elles utiles dans ce contexte (polyglobulie ++; HTA modérée) 

Polycythémie vraie :

Test génétique (recherche mutation V617F dans le gène JAK2) Négatif

Polycythémie secondaire •

2° à hypoxie : Négatif pour maladie pulmonaire chronique, shunt cardio-pulmonaire droite-gauche, sténose artérielle rénale, hypoventilation

Pas 2° à hypoxie : Négatif pour néoplasie (HCC, RCC, phéochromocytome), traitement androgène ou EPO, kyste rénal •

Rénine et EPO : Limites de la normale •

Élevées pour patient avec HTA et polyglobulie

Rein droit



Rein gauche



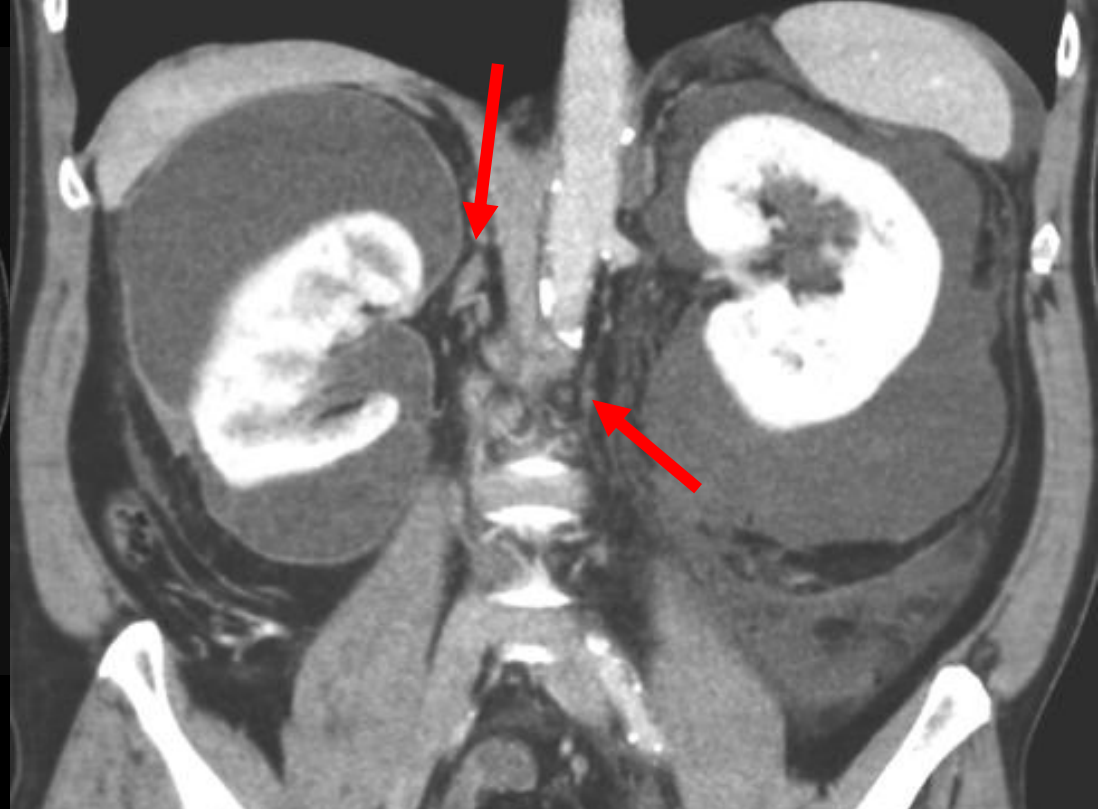
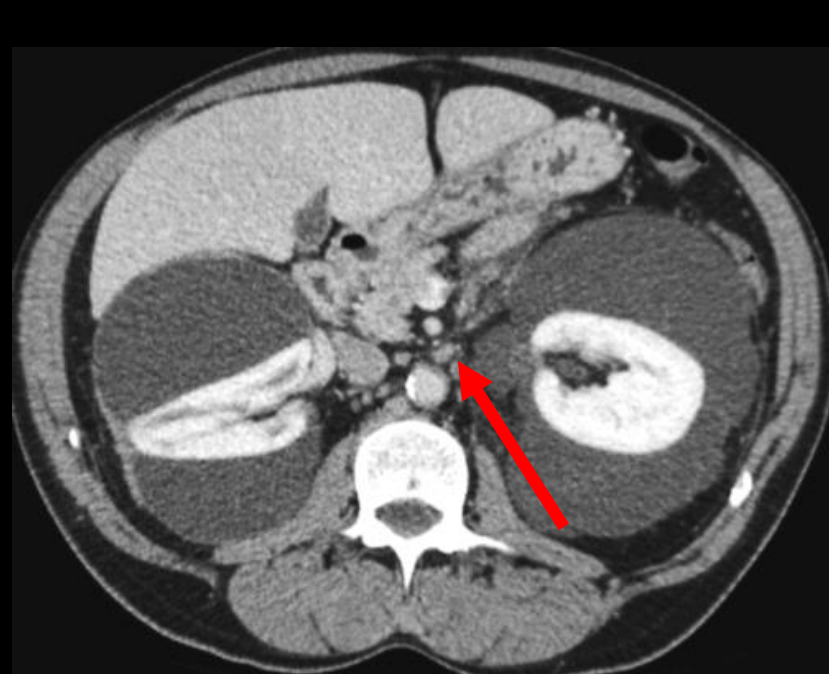
Rein droit



Rein gauche

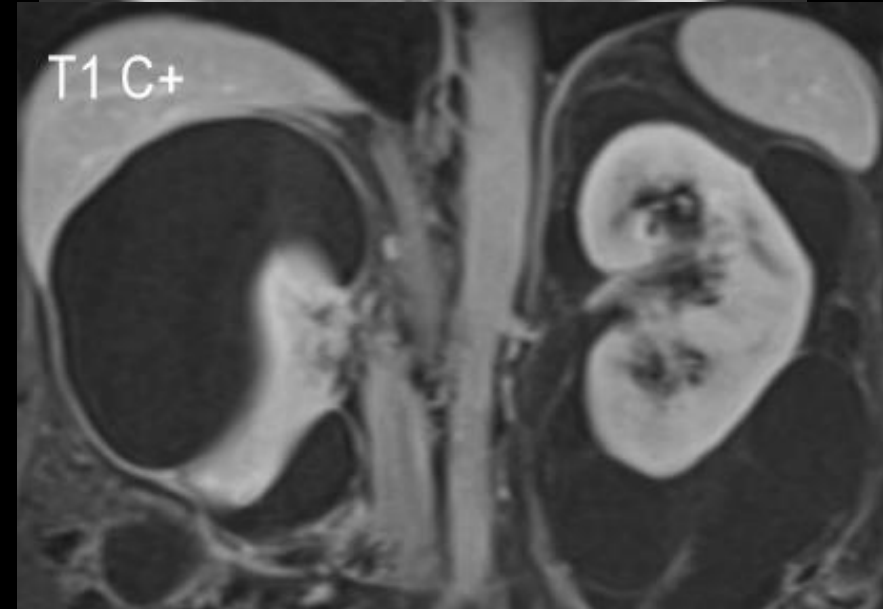
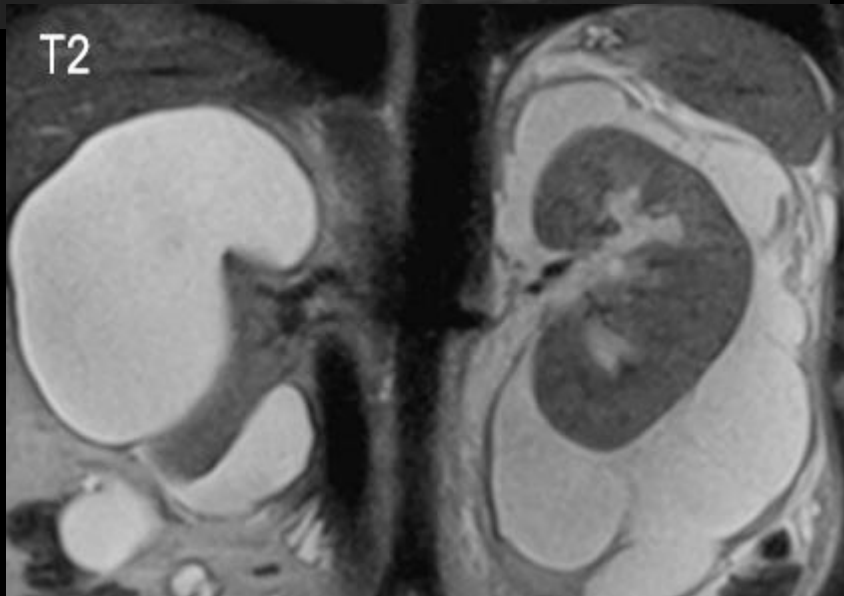
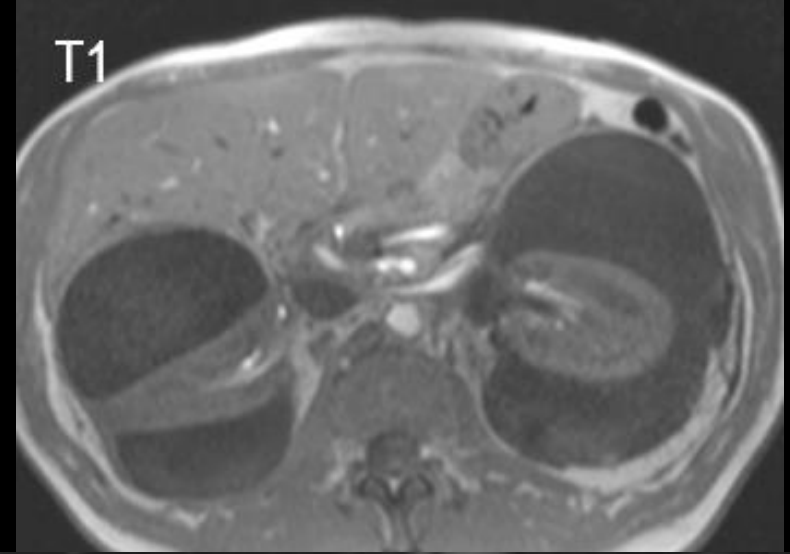
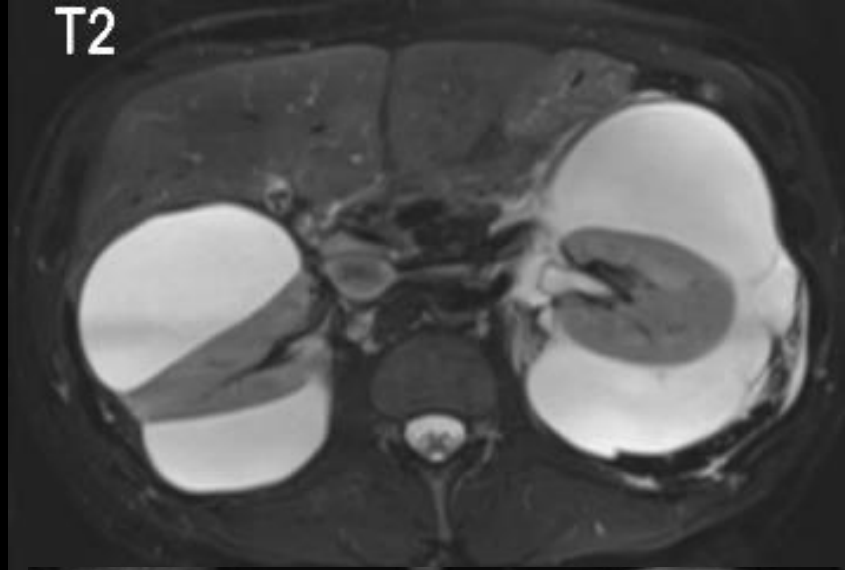


l'échographie montre des images de collections liquides périrénales volumineuses , strictement transoniques, cloisonnées, avec discrets "effets de masse "sur les capsules



le scanner confirme et montre :

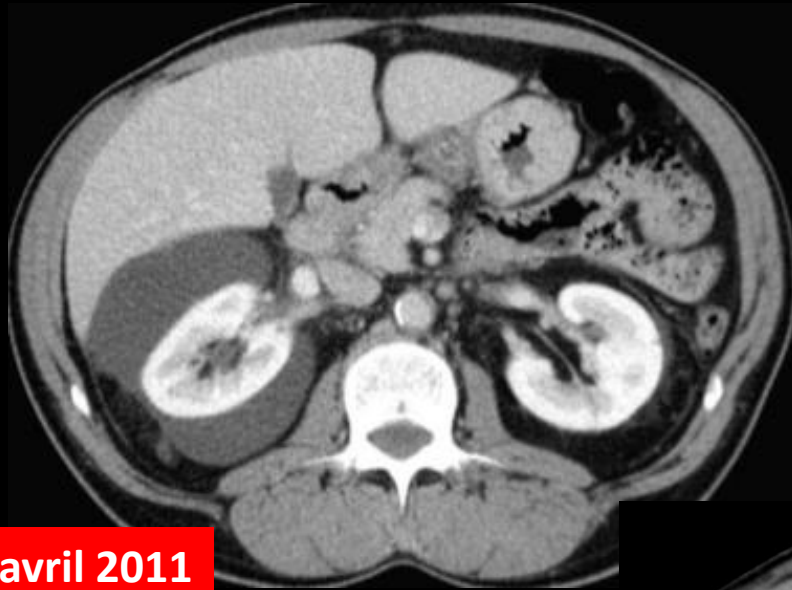
- du côté gauche une infiltration de la graisse périrénale et surtout de l'espace para-rénal postérieur, en regard du pôle inférieur du rein
- du côté droit un épaissement avec prise de contraste de la paroi de la collection qui se poursuit dans le sinus du rein.
- dans la région paravertébrale des structures canales non rehaussées a priori lymphatiques.



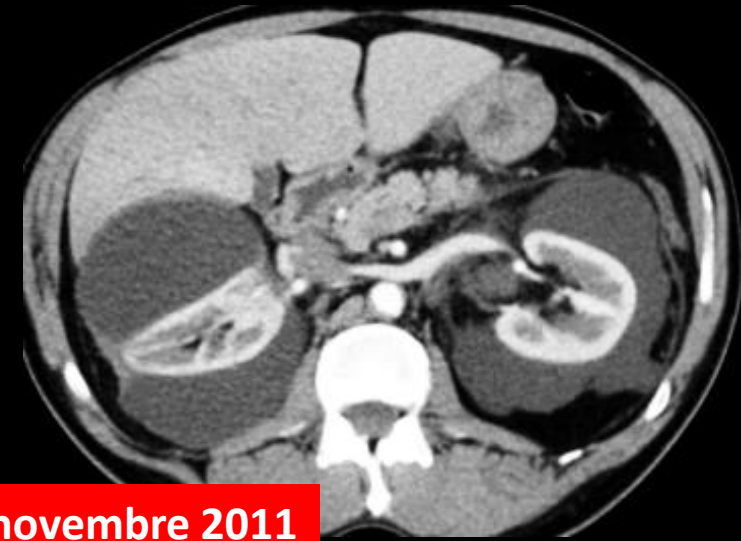
l'IRM objective parfaitement:

-les infiltrations des espaces pararénaux postérieurs , majorés par rapport au scanner; l'extension au sinus du rein droit

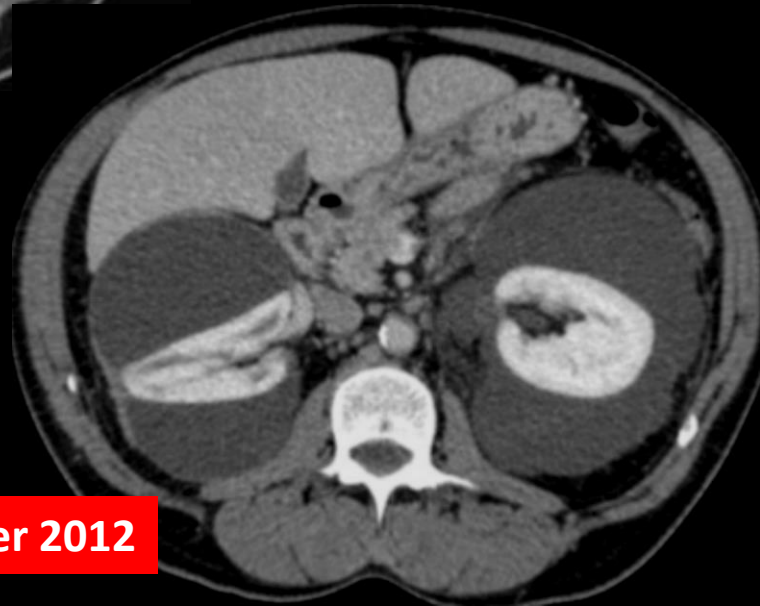
des saignées itératives ramènent le taux d'hémoglobine à la normale
mais les scanners de surveillance objectivent une dégradation avec ,en particulier
un compression antéro-postérieure du rein droit



avril 2011



novembre 2011



janvier 2012

Traitement

Drainage percutané en radiologie : • 1L de liquide retiré

Drains installés et laissés en place •

Biopsie de la membrane externe •

Biochimie & cytologie : • Profil de la lymphe

Anatomie pathologique : • Tissu lymphatique

Diminution hémoglobine et HTA •

Drainage excessif (>1.5L/jour) •

Déshydratation, déséquilibre hydro-

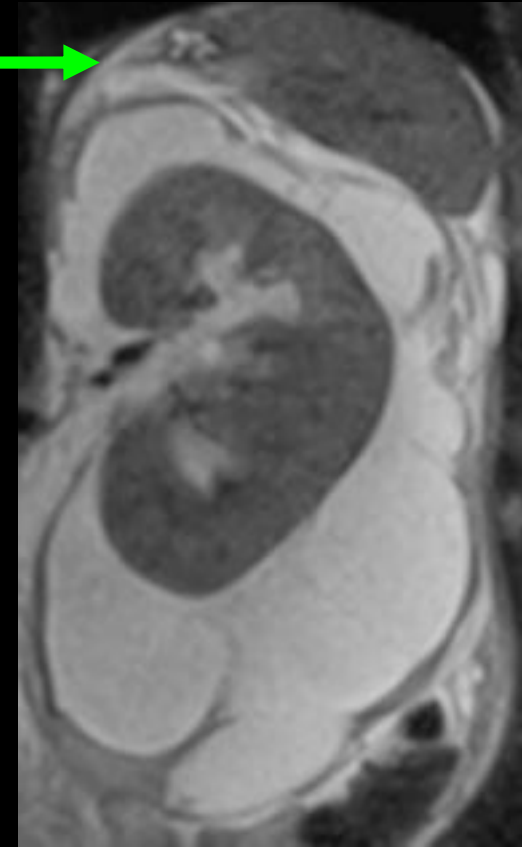
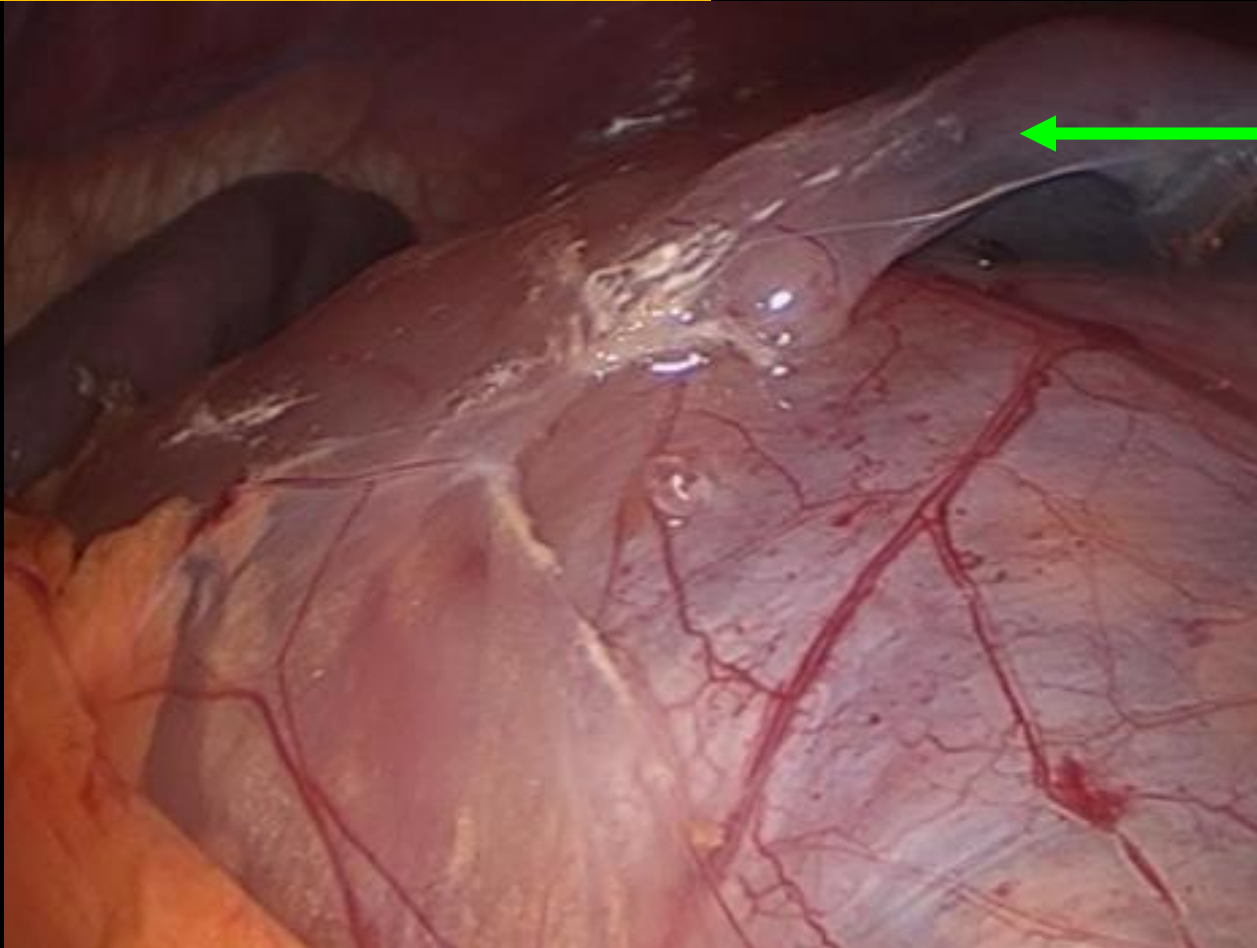
électrolytique & IRA légère •

Retrait des drains •

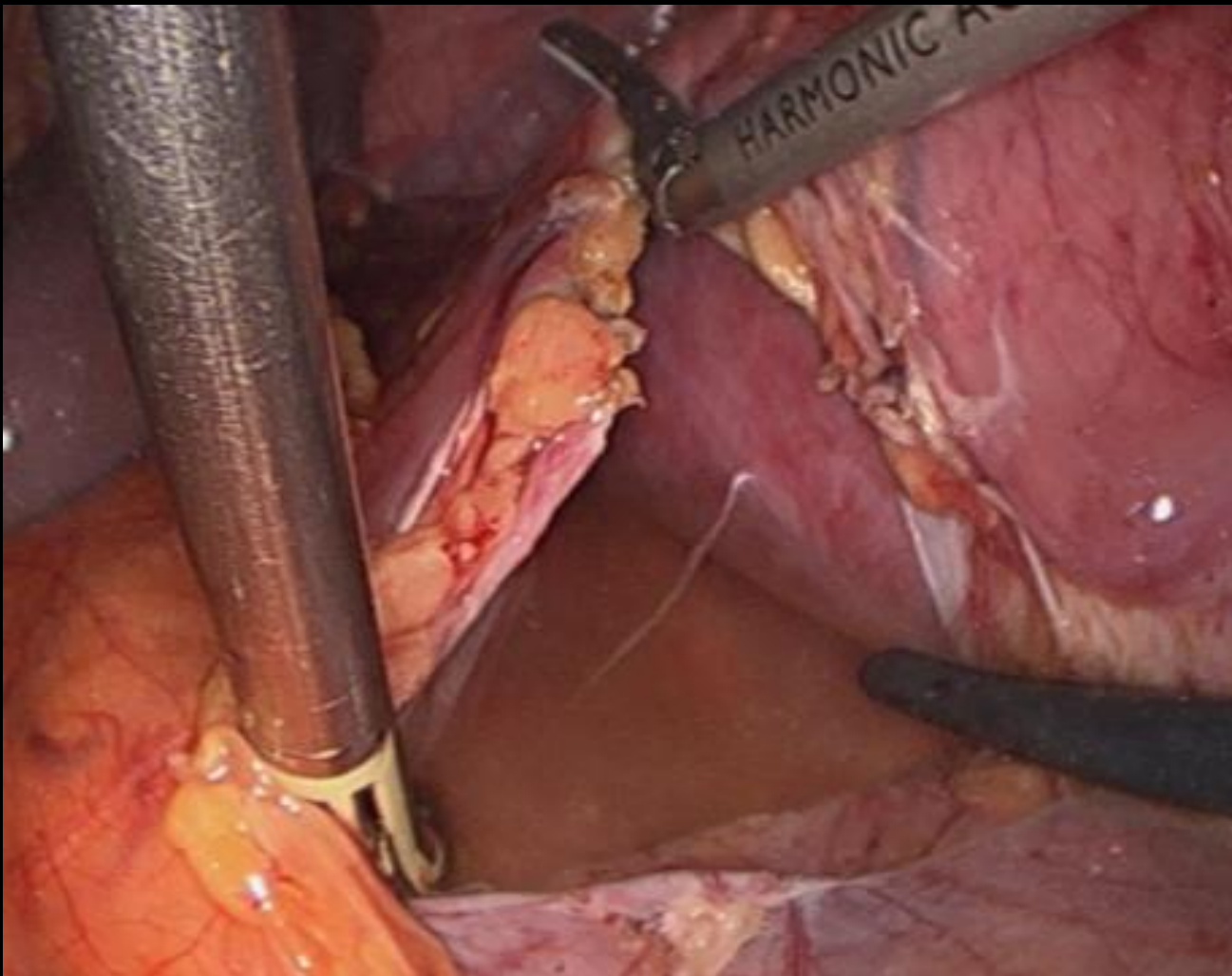
Ré-accumulation de lymphe péri-rénale

nouvelle ascension hémoglobine & TA

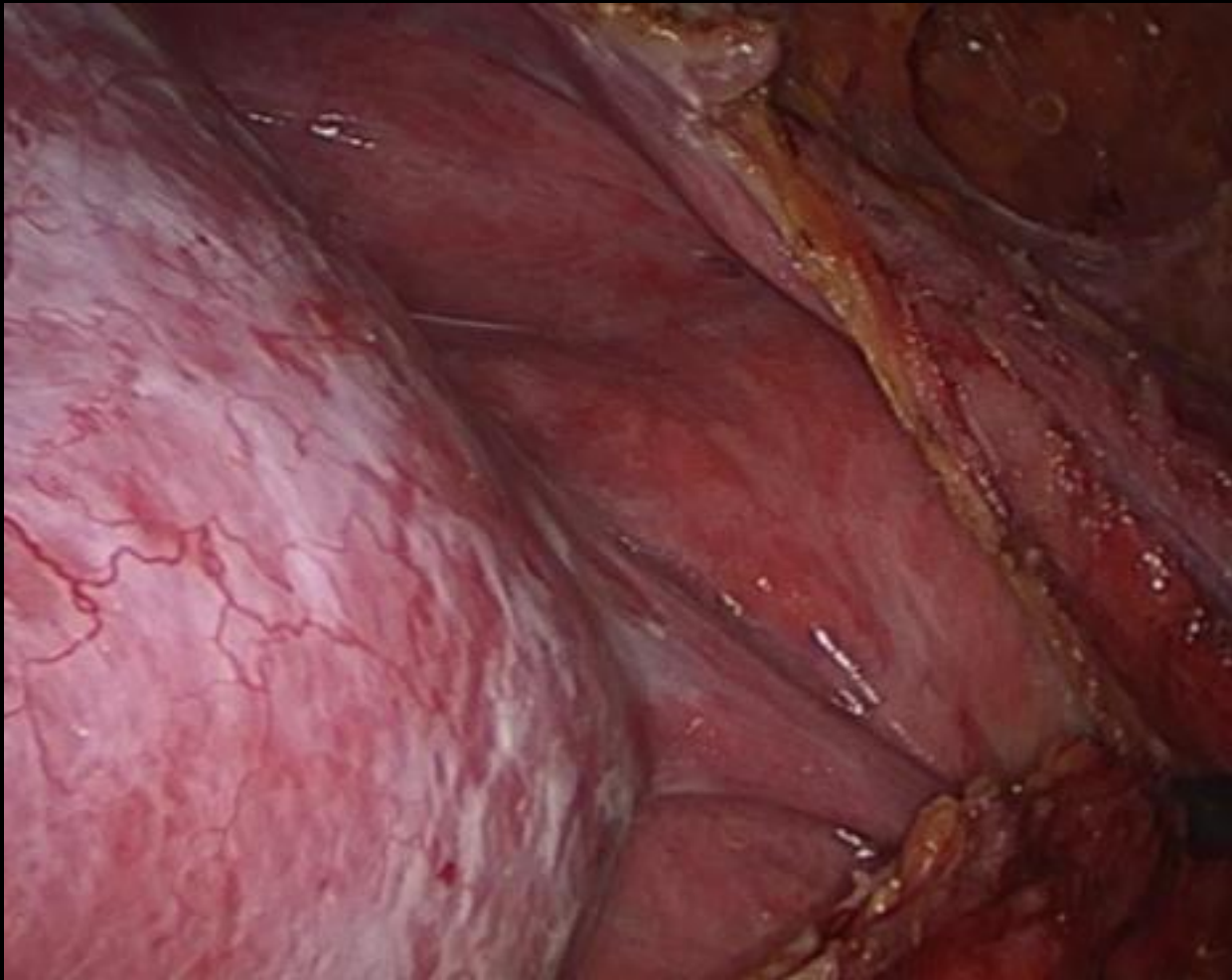
marsupialisation



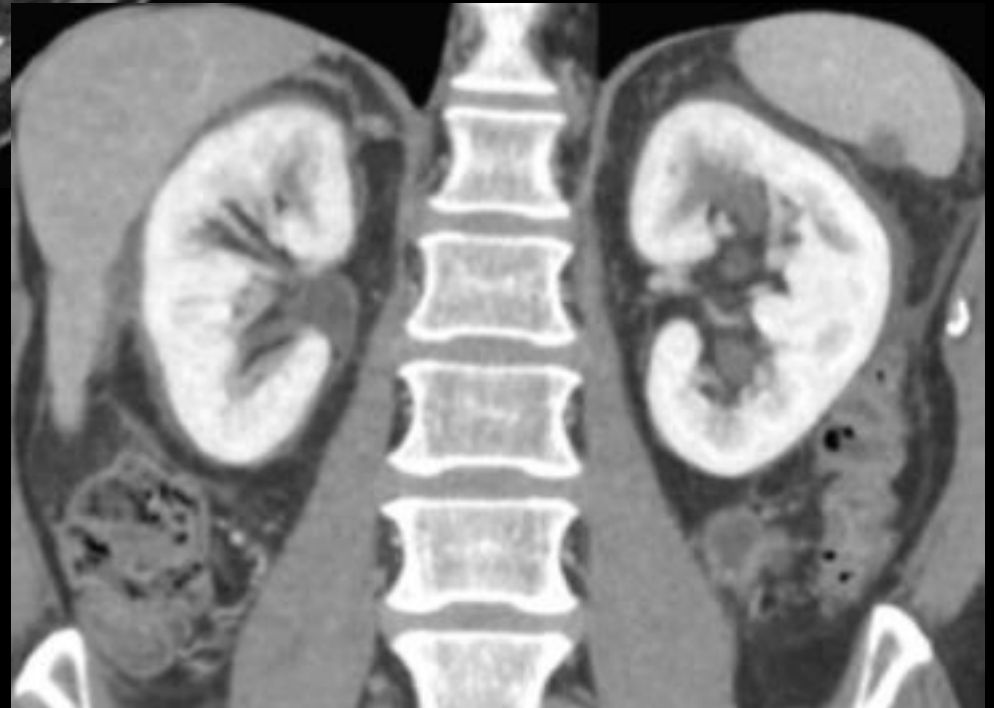
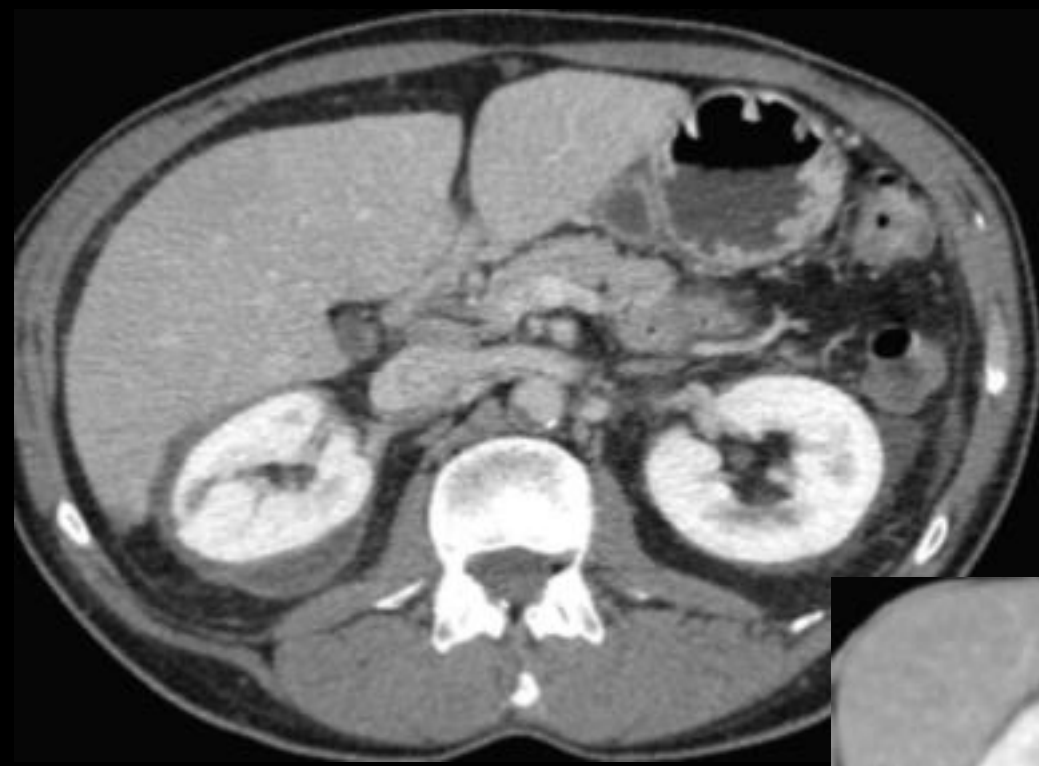
vue coelioscopique avant la résection : corrélation radio-anatomique des anomalies du pôle supérieur du rein gauche



contenu chyleux des lymphocèles périrénales
création d'une large brèche de 4 à 8 cm par résection dans la paroi antérieure de
la lymphocèle



aspect de la marsupialisation en fin d'intervention



contrôle post-opératoire de la
marsupialisation :
pas de ré-accumulation de lymphe

SUIVI

- Hémoglobine élevée (181 g/L) : reprise des saignées

TA normale

En attente d'un contrôle 24h

Lymphangiectasies rénales

Épidémiologie & clinique :

lorsque symptomatiques : douleur abdominale/flanc, hématurie, protéinurie, masse palpable, ballonnement, épanchement pleural, perte de poids, fatigue, IR, HTA, polyglobulie •

Seuls 4 cas rapportés avec polyglobulie •

Forme familiale décrite

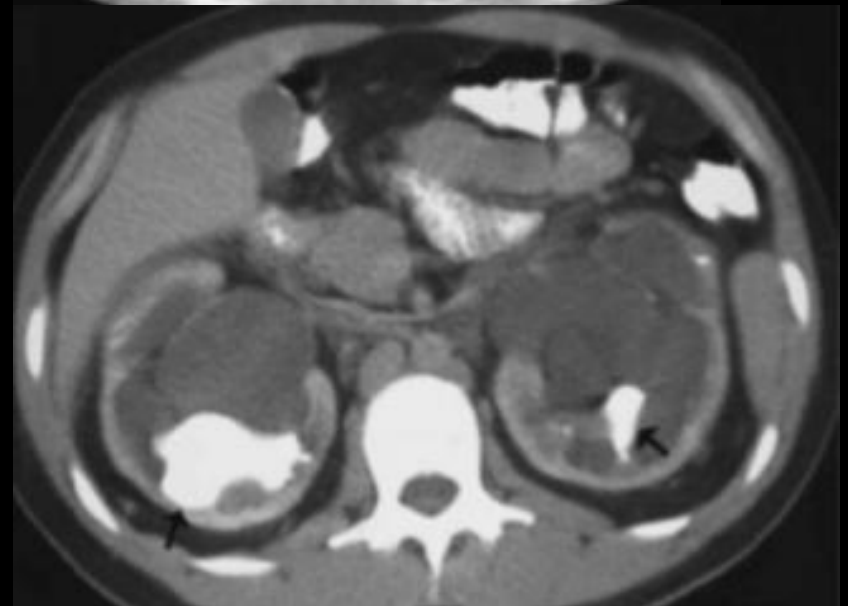
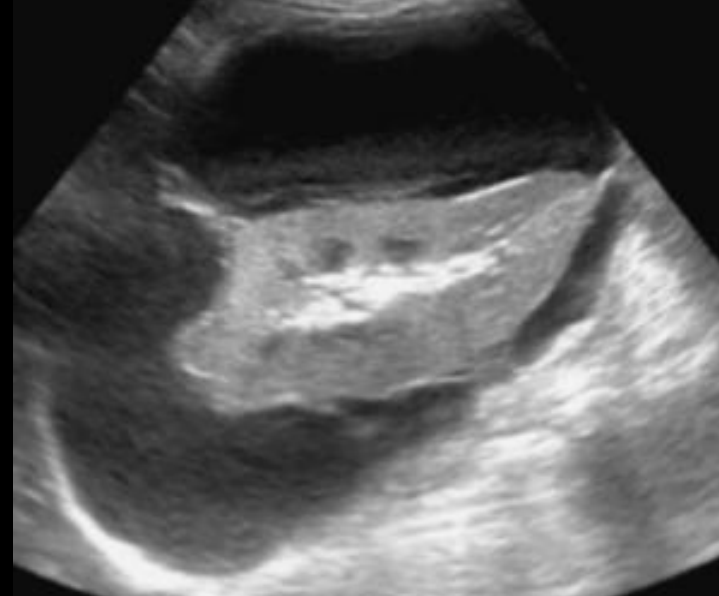
Physiopathologie : lymphangiectasies et/ou

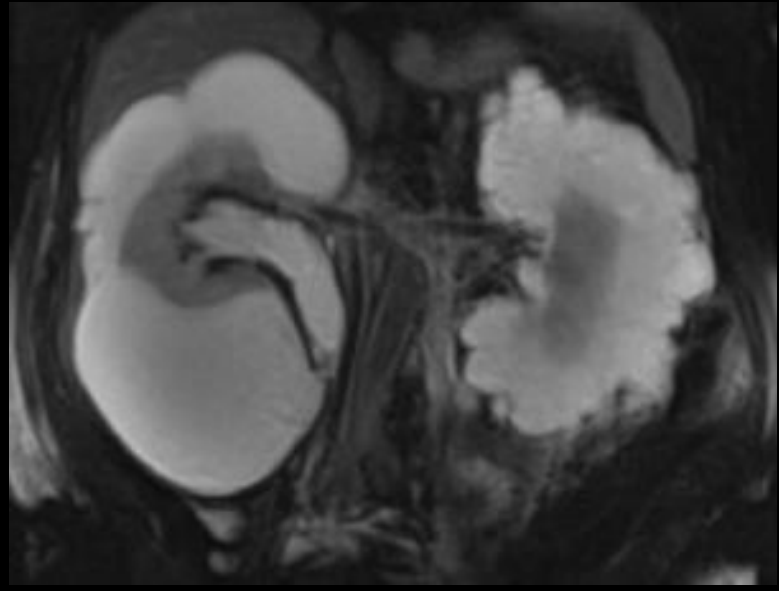
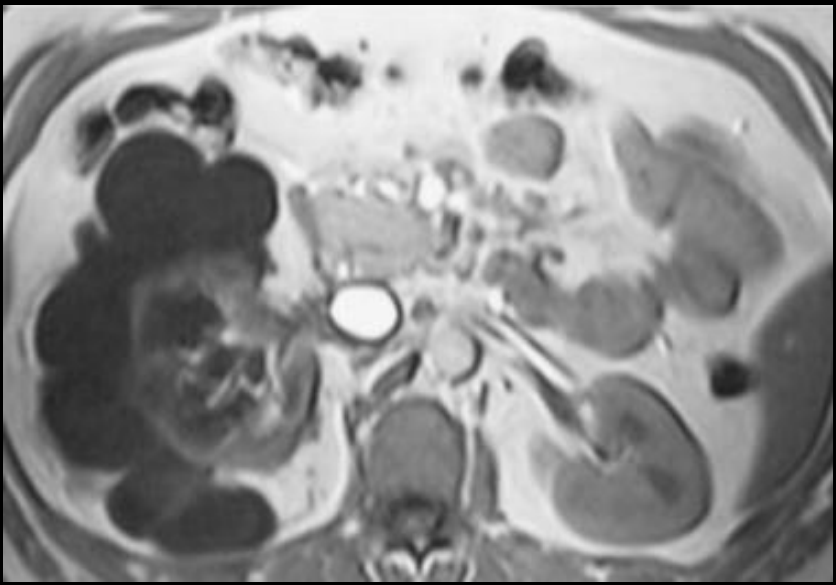
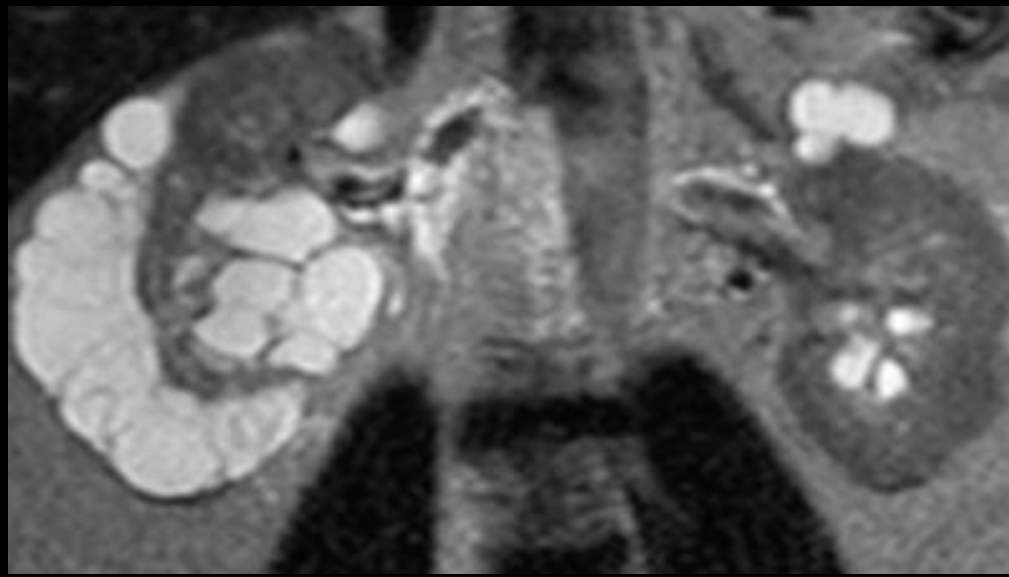
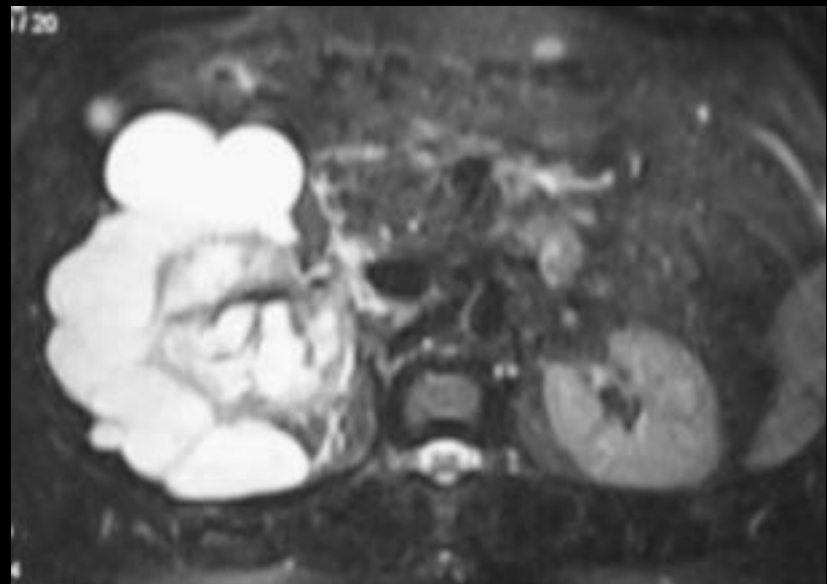
vaisseaux lymphatiques en nombre augmenté

siège : médulla, cortex, hile rénal & tissus péri-rénaux

radiologie généralement diagnostique

- les symptômes peuvent précéder les collections péri-rénales





Diagnostic différentiel radiologique

Kystes (cortical, para-pyélique)/Maladie polykystique des reins

Hydronéphrose •

Hématome •

Abcès •

Lymphome •

nécroses kystiques sur pancréatite aiguë

Traitement & pronostic

- Pas de lignes directrices disponibles

- si asymptomatique ; observation•

- si symptomatique : • marsupialisation • sclérothérapie (polyvidone iodée)•

- drainage à éviter +++++•

pronostic : • majoritairement bon sans conséquence •

- . exacerbation lors d'une grossesse

- régression spontanée rare

Références

- Burton IE, Sambrook P, McWilliam LJ. Secondary polycythaemia associated with bilateral renal lymphocoeles. *Postgrad Med J* 1994; 70: 515-517
- Shaheen M, Hilgarth KA, Hawes D et al. A Mexican man with 'too much blood'. *Lancet* 2003; 362: 806
- Bazari H, Attar EC, Dahl DM et al. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 23-2010. A 49-year-old man with erythrocytosis, perinephric fluid collections, and renal failure. *N Engl J Med* 2010; 363: 463-475
- Viglietti D, Sverzut JM et al. Perirenal fluid collections and monoclonal gammopathy. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 0: 1-2.
- Upreti L, DevA, Kumar Puri S. Imaging in renal lymphangiectasia: report of two cases and review of literature. *Clin Radiol* 2008; 63: 1057-1062