

LES INSUFFISANCES RÉNALES OBSTRUCTIVES : UNE ANALYSE PORTANT SUR 59 CAS

OBSTRUCTIVE RENAL FAILURE: AN ANALYSIS OF 59 CASES.

SALEH N.A, MOSTAPHA A.E, LASSINE L, HAMZA A.M, ABDELLAH N, AMINE M,
MOHAMED D, ADIL D, RACHID A.

Auteur correspondant: Dr Nedjim Abdelkerim Saleh, Email: nedjimsaleh@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3494-6350>

RESUME :

But : décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques (modes de dérivation) et l'évolution des insuffisances rénales obstructives.

Patients et méthodes : Etude rétrospective, transversale réalisée au service d'urologie de l'hôpital universitaire Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 9 mois. Elle a porté sur 59 dossiers des patients hospitalisés pour insuffisance rénale obstructive. Les données étaient compilées et analysées avec Excel 2016.

Résultats : La moyenne d'âge était de 60 ans avec des extrêmes de 22 et de 79 ans. Le sex-ratio était de 2,4 en faveur des hommes. Quinze patients de sexe masculin étaient suivis pour tumeur de vessie et 11 patientes pour néoplasie du col utérin. La principale manifestation était une lombalgie suivie d'hématurie. La durée moyenne de la symptomatologie était de 59 jours. Quatre-vingt-treize pourcent des malades ont été recrutés à partir des urgences. La moyenne de la créatininémie était de 70 mg/L avec des extrêmes de 28 et de 182 mg/L. L'échographie était réalisée chez tous les patients objectivant ainsi une dilatation (100%). Les causes néoplasiques ont dominé, secondées de causes lithiasiques. Le type de dérivation a consisté principalement à une néphrostomie suivie d'une montée de sonde double J.

Conclusion : Dans notre contexte, les insuffisances rénales obstructives sont fréquentes et graves. Imposant ainsi une dérivation urinaire en urgence. Les causes néoplasiques (tumeurs de vessie et néoplasie du col utérin) sont prédominantes et la néphrostomie a constitué le moyen de dérivation le plus utilisé.

Mots clés : insuffisance rénale obstructive, anurie, étiologie, dérivation des voies urinaires

SUMMARY:

Aim: to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic aspects (methods of derivation) and the evolution of obstructive renal failure.

Patients and methods: Retrospective, cross-sectional study carried out at the urology department of the Ibn Rochd University Hospital in Casablanca over a period of 9 months. It involved 59 files of patients hospitalized for obstructive renal failure. The data were compiled and analyzed with Excel 2016.

Results: The average age was 60 years with extremes ranging from 22 to 79 years. The sex ratio was 2.4 in favor of men. Fifteen male patients were followed for bladder tumor and 11 patients for cervical neoplasia. The main manifestation was low back pain followed by hematuria. The

average duration of symptoms was 59 days. Ninety-three percent of the patients were recruited from the emergency room. The mean creatinine level was 70 mg / L with extremes ranging from 28 to 182 mg / L. Ultrasound was performed in all patients, thereby objectifying dilation (100%). Neoplastic causes dominated, seconded by lithiasic causes. The type of shunt consisted mainly of a nephrostomy followed by an ascent of a double J probe.

Conclusion: In our context, obstructive renal failure is frequent and severe.. This requires an emergency urinary diversion. Neoplastic causes (bladder tumors and cervical neoplasia) are predominant and nephrostomy has been the most used means of diversion.

Keywords: obstructive renal failure, anuria, etiology, bypass of the urinary tract

INTRODUCTION

Les insuffisances rénales obstructives constituent une urgence médico-chirurgicale engageant le pronostic vital. Elles correspondent aux insuffisances rénales dues à une obstruction des voies urinaires à l'étage supra vésical, survenant de façon bilatérale ou sur rein unique anatomique ou fonctionnel. Elles peuvent également être secondaire un obstacle chronique qui siège au niveau de la filière uro-génitale [1]. Elles représentent environ 10% de l'ensemble des insuffisances rénales [2]. Les causes sont multiples, dominées par les tumeurs pelviennes [3]. La prise en charge des insuffisances rénales obstructives est similaire quelle que soit la cause. Elle consiste à corriger les troubles métaboliques, à drainer les voies urinaires en urgence et à faire une surveillance clinico-biologique. Ce travail se propose d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et l'évolution des insuffisances rénales obstructives dans notre contexte.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale réalisée au service d'urologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Elle s'est déroulée sur 9 mois (avril-décembre 2019). Tous les patients hospitalisés pour insuffisance rénale obstructive et ayant bénéficiés d'une dérivation ont été retenus pour l'étude. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, les antécédents, les motifs de consultation, la valeur de la

créatininémie, les étiologies, le type de dérivation et l'évolution. Les données étaient collectées et analysées sur Excel 2010.

Une fonction rénale (créatininémie, urémie et kaliémie) ainsi qu'une échographie réno-vésicale étaient réalisés chez tous les patients à l'admission. Après diagnostic, la dérivation se faisait. Les patients dérivés par néphrostomie pour cause tumorale avec blindage pelvien au toucher pelvien ont bénéficié d'une pyélographie descendante post dérivation. En fonction du passage ou non du produit de contraste dans la vessie, une tentative de montée de sonde était réalisée. Tous les patients ayant bénéficiés d'une montée de sonde JJ ont bénéficié d'un arbre urinaire sans préparation à la sortie du bloc. La surveillance était axée sur l'état général du malade, l'évolution des signes fonctionnels présentés au début, l'évaluation de la diurèse et la cinétique de la créatinine.

RÉSULTATS

La moyenne d'âge était de 60 ans avec des extrêmes de 22 et de 79 ans. La tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 56 à 65 ans comme représentée dans la Figure 1. Le sexe masculin était le plus représenté avec un sex-ratio de 2,4.

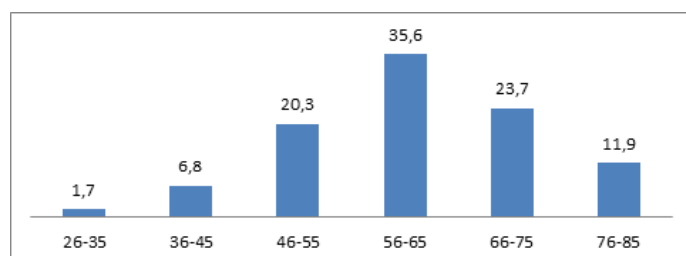


Figure 1 : répartition des patients en fonction de leur âge exprimée en pourcentage

L'hypertension artérielle était notée chez 7 patients soit 11,8%, le diabète chez 2 patients soit 3,3%. Trois patients soit 5% avaient une association hypertension artérielle et diabète.

Quinze patients de sexe masculin étaient suivis pour tumeur de vessie et 11 patientes pour néoplasie du col utérin.

La principale manifestation était une lombalgie (54,2 %) suivie d'une hématurie (25,4%) et une oligo-anurie (13,6 %). Certains patients rapportaient au moins deux principaux signes en rapport avec l'obstruction et l'étiologie.

La durée moyenne de la symptomatologie était de 59 jours avec des extrêmes de 7 et d'environ 365 jours. Quatre-vingt-treize pourcent des malades ont été recrutés à partir des urgences.

A l'admission, la moyenne de la créatininémie était

de 70 mg/L avec des extrêmes de 28 et 182 mg/L. L'échographie était réalisée chez tous les patients objectivant ainsi une dilatation (100%). La dilatation était bilatérale chez 93% des patients. Elle était jugée minimale dans 10% des cas, modérée dans 40% et majeure dans 50 %.

Les obstructions étaient principalement de cause néoplasique. Deux cas de sténose (sténose de l'urétérostomie sur rein unique anatomique et sténose urétrale) ont été notés. Les étiologies sont détaillées dans le Tableau I.

Tableau I : Répartition des patients selon les étiologies de l'obstruction

Causes	Effectif	Pourcentage
lithiase	9	15,3
tumeur de vessie	27	45,8
néoplasie du col utérin	14	23,7
masse pelvienne	2	3,4
ADP rétro péritonéales	1	1,7
Sténose de l'orifice de l'urétérostomie	1	1,7
ADK prostatique	4	6,8
sténose de l'urètre	1	1,7
Total	59	100

Le type de dérivation a consisté principalement à une néphrostomie. Les moyens de dérivation employés sont détaillés dans le Tableau II. Après échec de montée de sonde d'un côté, deux patients ont bénéficié de deux type de dérivation (néphrostomie et montée de sonde double J).

Tableau II : répartition des patients selon le type de dérivation employé

Type de dérivation	Effectif	Pourcentage
Néphrostomie	36	61,0
Montée de sonde double J	17	28,8
Sondage vésical	4	6,8
Répermeabilisation Urétérostomie	1	1,7
cystostomie	1	1,7
Total	59	100

La moyenne de la créatinine à J3 était à 49 avec des extrêmes de 18 et de 147 mg/L (Fig. 3). Sept patients ont gardé des chiffres de créatinine élevés et ont été déclaré chroniques après réalisation du bilan de chronicité.

DISCUSSION

Les insuffisances rénales obstructives (IRO) constituent une urgence engageant le pronostic vital [3,4]. Tout obstacle à l'écoulement urinaire peut entraîner une insuffisance rénale par baisse de filtration glomérulaire et lésions tubulo-interstitielles. En fonction de la durée et de la sévérité de l'obstacle, l'insuffisance rénale peut entraîner une hyperkaliémie ou surcharge pulmonaire [5].

La moyenne d'âge était de 60 ans. Ce constat est similaire à celui de Kassogué et al [6] qui ont trouvé un âge moyen de 60 ans. Mais nettement plus supérieur à la moyenne d'âges trouvée par Rakototiana et al [7] et Zakou et al [8] qui ont trouvé respectivement 47 et 47,9 ans. Cette différence d'âge pourrait s'expliquer par le fait que notre population générale est vieillie par rapport aux leurs.

Le sexe masculin était le plus représenté avec un sex-ratio de 2,4. Doubi et al [9] ont rapporté un sex-ratio en faveur des femmes (31 femmes contre 19 hommes.) Coulibaly et al [10] ont mis évidence le même constat (39 femmes contre 26 hommes). Cette prédominance des femmes dans leurs études s'expliquerait par le fait que le cancer du col de l'utérus était la principale cause de l'obstruction. Par contre dans notre étude, les tumeurs de vessie ont représenté la principale cause.

Dans notre série, la lombalgie a constitué le signe le plus fréquent (54,2%), suivie de d'hématurie (25,4) et oligo-anurie (13,6%). Felah et al [3] ont rapporté une oligo-anurie dans 51,5 %, un syndrome fébrile dans 12,9 %, une lombalgie dans 3,2 % et une rétention aiguë d'urines dans 3,2 %. Chez Gharbi et al [11], l'anurie a présenté le premier signe (85 %) suivie de la lombalgie (75 %). Vu les multiples causes conduisant à une obstruction des voies urinaires, les manifestations cliniques peuvent être diverses et dépendent des étiologies. Cependant, la lombalgie a été retrouvée chez tous les auteurs.

Le caractère obstructif de l'insuffisance rénale se traduit par la présence d'une dilatation. L'échographie était réalisée chez tous nos patients objectivant ainsi une dilatation (100%). Il en est de même chez Rakototiana et al [7] qui ont observé une dilatation à l'échographie chez tous leurs patients.

Dans notre série, les causes de l'obstruction sont réparties comme suit : les pathologies néoplasiques (79,7%) suivies des pathologies lithiasiques (15,3%). Mabrouk et al [12], Rakototiana et al [7] et Liano et al [2] ont observé que les causes tumorales occupaient la première place des étiologies suivies des pathologies lithiasiques. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait qu'avec l'âge, l'incidence des pathologies tumorales augmente et le pelvis abrite beaucoup d'or-

ganes qui peuvent présenter comme principale entité nosologique les tumeurs.

Les dérivations urinaires, réalisées par voie endoscopique ou percutanée, comprennent les montées de sonde urétérale, les néphrostomies percutanées, et les techniques mixtes qui associent ces deux approches [13]. Le type de dérivation a consisté principalement à une néphrostomie chez 36 patients (61%), une montée de sonde double J chez 17 patients (28,8%), un sondage vésicale chez 4 patients (6,8%), une réperméabilisation de l'orifice de l'urétérostomie chez 1 patient (1,7%) et une cystostomie chez 1 patient (1,7%). Chez Coulibaly et al [10], le type de dérivation a consisté à une néphrostomie chez 44 patients (54,32%) et une montée de double J chez 26 patients (32,10%). Mabrouk et al [12], ont observé que la levée d'obstacle était réalisée par néphrostomie percutanée dans 79,4 % des cas, par montée de sonde double J dans 5,6 % des cas et par urétérostomie dans 2,8 % des cas. De ce constat, nous pouvons dire que dépendamment des étiologies et du projet thérapeutique se portent le choix de type de dérivation. Dans les étiologies néoplasiques, la néphrostomie semble être le moyen de dérivation le plus utilisé. Ceci pourrait s'expliquer par l'envahissement du trigone vésical qui rend difficile voir presque impossible la montée de sonde double J.

Après dérivation du haut appareil, il peut survenir un syndrome de levée d'obstacle. Le syndrome de levée d'obstacle associe une polyurie et une natriurèse massives au décours d'une obstruction complète des voies urinaires avec insuffisance rénale obstructive [14]. Six patients dont 4 dérivés par néphrostomie et 2 par montée de sonde J bilatérale. Le traitement était symptomatique et a consisté à une compensation hydro électrolytique.

CONCLUSION

Dans notre contexte, les insuffisances rénales obstructives sont fréquentes et graves. Leur gravité est due aux troubles hydro-électrolytiques. Imposant ainsi une dérivation urinaire en urgence. Elles surviennent après la cinquantaine et le sujet de sexe masculin est le plus concerné. Les causes néoplasiques (tumeurs de vessie et néoplasie du col utérin) sont prédominantes et la néphrostomie a constitué le moyen de dérivation le plus utilisé.

RÉFÉRENCES

1. Natchagandé G, Avakoudjo J.D.G., Hounnasso P.P., et al. , Insuffisance rénale obstructive : aspects épidémiologiques et diagnostiques à propos de 51 cas au CNHU de Cotonou. Med. Afr. Noire 2015 ; 62(1) : 16-22.
2. Liano F, Pascual J (1996) Epidemiology of acute renal failure: a prospective, multicenter, communi-

- ty-based study. Madrid Acute Renal Failure Study Group. *Kidney Int* 50:811–8.
3. FELAH, E., BARBOUCH, S., AMIRI, L., et al. Insuffisance rénale aiguë obstructive: à propos de 31 cas. *Néphrologie & Thérapeutique*, 2018, vol. 14, no 5, p. 315-316.
 4. Allodé A.S., Gandaho K.I.E., Hodonou A.M. et al. Insuffisance rénale obstructive à l'hôpital de zone de Tanguiéta au Bénin: aspects épidémiologiques et diagnostiques. *Uro'Andro* 2017; 1 (8) : 335-340.
 5. GUERROT, D. et TAMION, F. Insuffisance rénale aiguë obstructive: le point de vue du réanimateur. *Progrès en Urologie-FMC*, 2013, vol. 23, no 1, p. F19-F22.
 6. KASSOGUE, Amadou, DIARRA, Alkadri, MAHAMAT, Mahamat Ali, et al. Étiologies des Insuffisances Rénales Obstructives au Service d'Urologie du CHU Pr Bocar S Sall de Kati. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 2019, vol. 20, no 3.
 7. RAKOTOTIANA, A. F., RAMORASATA, A. J. C., RAKOTOMENA, S. D., et al. Anurie obstructive: à propos de 42 cas consécutifs. *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence*, 2011, vol. 3, p. 32-34.
 8. ZAKOU, A. R. H., NDOYE, M., NIANG, L., et al. Dérivation du haut appareil urinaire par une sonde JJ: indications et résultats dans une étude rétrospective et monocentrique. *African journal of urology*, 2018, vol. 24, no 4, p. 303-307.
 9. S. Doubi, I. Sarf les anuries obstructives. Faculté de Médecine et de Pharmacie - Marrakech Thèse N 08 / 2008.
 10. COULIBALY, Noel, DJE, Koffi, YAO, Hubert, et al. Obstruction du haut appareil urinaire—circonstances de diagnostic et méthodes de drainage. *Revue Africaine d'Urologie et d'Andrologie*, 2016, vol. 1, no 5.
 11. GHARBI, M. Benghanem, RAMDANI, B., HACHIM, K., et al. Insuffisance rénale obstructive aiguë. Analyse de 28 cas. *Journal d'urologie*, 1996, vol. 102, n° 5-6, p. 220-224.
 12. MABROUK, K., IZEM, A., AMER, D., et al. Anurie obstructive en hémodialyse urgente (étude sur 5 ans). *Néphrologie & Thérapeutique*, 2015, vol. 11, no 5, p. 318-319.
 13. Desgrandchamps F., Le Duc A. Dérivations urinaires provisoires ou définitives par voie endoscopique ou percutanée. Elsevier (EMC) 1994. Techniques chirurgicales Urologie [41-144].
 14. Clabault, K. (2005) Le syndrome de levée d'obstacle. *Réanimation*, 14, 534-538.