

PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES FERMÉS DU REIN À PROPOS DE 35 CAS.

MANAGEMENT OF BLUNT RENAL TRAUMA: RETROSPECTIVE STUDY OF 35 CASES.

Kane R, Ndiaye A, Diouf M, Ogoubemy M.

Service urologie Hôpital Principal Dakar.

Auteur correspondant : Dr Racine Kane

Service urologie Hôpital principal

Email : donekane2008@yahoo.fr

Résumé

Objectif

Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge des traumatismes fermés du rein au sein de notre établissement sanitaire.

Patient et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 35 cas de traumatisme fermé du rein, colligés au service d'urologie de l'hôpital principal de Dakar sur une période de 5ans étalée entre 2008 et 2013.

Résultats :

Les patients se répartissaient en 27 hommes (90 %) et 8 femmes (10 %). L'âge moyen était de 27 ans. Les étiologies étaient dominées par les accidents de la circulation (54 %). Le traumatisme atteignait surtout le côté droit (60%). La symptomatologie clinique était dominée par l'hématurie (93 %) et les lombalgies (90 %). Le traumatisme était isolé dans 63 % des cas et associé dans le cadre d'un polytraumatisme dans 27%. Selon la classification de l'AAST retrouvait 25 grades mineurs I et II, 5 grades III, 2 grades IV et 3 grades V dont un décédé avant toute prise en charge.

Tous les traumatismes mineurs ont bénéficié d'une surveillance clinique. Deux grades III ont bénéficié d'un drainage chirurgical de collection hématique. Un drainage de la voie excrétrice par sonde double j a été réalisée dans les grades IV. Une néphrectomie totale a été effectuée dans 2 cas des grades V.

La mortalité était essentiellement représentée par le décès d'un patient présentant un grade V dans le cadre d'un polytraumatisme. La morbidité était essentiellement à type d'urinomes persistants (10%), d'hématomes (15%) et d'infections(18).

Conclusion

Devant l'évolution favorable de nos patients ayant eu une simple surveillance et tenant compte des résultats de la littérature, nous pensons que le traitement conservateur est actuellement la méthode de choix en dehors de certaines indications où la chirurgie s'impose.

Mots clés : traumatisme fermé du rein, HPD. Traitement conservateur.

ABSTRACT:

GOAL:

The aim of this work was to improve the management of closed kidney in our health facility trauma.

PATIENTS ET METHODS:

This is a retrospective study of 35 cases of blunt trauma, kidney collected at the urology department of the main hospital in Dakar for a period of 5 years spread between 2008 and 2013.

RESULTS:

Patients were divided into 27 men (90%) and 8 women (10%). The average age was 27 years. The causes were dominated by traffic accidents (54%). The trauma reached above the right side (60%). The clinical symptomatology was dominated by hematuria (93%) and back pain (90%). The trauma was isolated in 63% of cases and associated under polytrauma in 27%. According to the classification of the AAST found 25 minors grades I and II, 5 grade III, IV grades 2 and 3 with a grade V died before taking office.

All minor trauma underwent clinical monitoring. Two grade III underwent surgical drainage of hematic collection. Drainage of the urinary tract by double-ja probe was conducted in grades IV. Total nephrectomy was performed in 2 cases of grade V. Mortality was mainly represented by the death of a patient with grade V in a polytrauma. Morbidity was mainly type urinomes persistent (10%), bruising (15%) and infections (18).

CONCLUSION :

Given the favorable evolution of our patients with a simple monitoring and taking into account the results of the literature, we believe that conservative treatment is currently the method of choice outside certain indications or surgery is required.

Key words: *the management of closed kidney,HPD, conservative treatment.*

Introduction :

L'apparition et la validation de la classification de l'AASST des traumatismes fermés du rein permet aujourd'hui une meilleure analyse et prise en charge des traumatismes fermés du rein[1]. Les indications d'imageries sont aujourd'hui bien codifiées et le scanner spiralé avec injection du produit de contraste représente l'examen de référence.[2]. En Europe, les avancées technologiques en matière de radiologie interventionnelle, de drainage endourologique et de réanimation permettent une attitude conservatrice même dans les cas les plus sévères[3].

Objectif :

Préciser les aspects diagnostiques et thérapeutiques des traumatismes fermés du rein dans notre contexte.

Patients et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de janvier 2008 à janvier 2013 à l'hôpital principal de Dakar, où nous avons étudié l'âge, le sexe, le côté lésé, le mécanisme du traumatisme (direct, indirect ou décélération), l'étiologie, la présence de lésions associées, les signes cliniques et biologiques à l'admission. Le bilan radiologique permettait de définir le grade lésionnel et les lésions associées. Le suivi était clinique et radiologique (échographie et TDM.). Le délai moyen de suivi était de 3 mois.

Résultats :

Au total 35 patients ont été hospitalisés pour un traumatisme fermé du rein isolé ou dans le cadre d'un polytraumatisme.

Les patients se répartissaient en 27 hommes (90 %) et 8 femmes (10 %). L'âge moyen était de 27 ans (20 à 60 ans). Les étiologies étaient les accidents de la circulation (54 %), la chute d'un lieu élevé (28 %) et les agressions (18%). Le traumatisme atteignait surtout le côté droit (60%). La symptomatologie clinique était dominée par l'hématurie (93 %) et les lombalgies (90 %). Le traumatisme était isolé dans 63 % des cas et associé dans le cadre d'un polytraumatisme dans 27%. Dans ce cas il était associé à des lésions osseuses (58%) ou viscé-

rales chez (46,6 %) des patients. Le bilan lésionnel basé sur l'échographie et la TDM selon la classification de l'AASST retrouvait 25 grades mineurs I et II, 5 grades III, 2 grades IV et 3 grades V dont un décédé avant toute prise en charge.

Tous les traumatismes mineurs ont bénéficié d'une surveillance clinique. Deux grades III ont bénéficié d'un drainage chirurgical de collection hématique. Un drainage de la voie excrétrice par sonde double j a été réalisé dans les grades IV. Une néphrectomie totale a été effectuée dans 2 cas des grades V. La mortalité était essentiellement représentée par le décès d'un patient présentant un grade V dans le cadre d'un polytraumatisme. La morbidité était essentiellement à type d'urinomes persistants (10%), d'hématomes (15%) et d'infections(18).

Discussion :

Dans la littérature, les traumatismes fermés du rein sont beaucoup plus fréquents que les plaies pénétrantes. Ils représentent 80 à 90 % des traumatismes rénaux aux Etats Unis [2]. Le nombre de cas de traumatisme rénal colligé de 2008 à 2013 est de 35 cas. Bouiry [4] entre 1986 et 1998 ne retrouvait que 13 cas à l'hôpital Dantec de Dakar. Ce nombre ne semble pas refléter la fréquence réelle de cette affection au Sénégal. Cela est dû au fait que plusieurs traumatismes bénins passent inaperçus (l'appareil rénal n'a pu être exploré du fait de l'absence de l'hématurie macroscopique) et du fait que le praticien est préoccupé par les autres viscères abdominaux qui en cas de rupture, engagent le pronostic vital faisant ainsi passer le rein au deuxième plan.

Pour la plupart des auteurs, il s'agit le plus souvent d'adulte jeune qui est la victime. L'âge moyen dans notre série était de 27 ans, mais les contusions ne sont pas rares chez les vieillards et les jeunes enfants. Bahloul [5] avait trouvé dans son étude que les malades étaient âgés entre 3 et 60 ans avec un pic de fréquence entre 11-30 ans avec 19 cas soit 56%. Benchekroun [6] et Coll., avaient constaté que l'âge moyen de leurs patients était également de 27 ans. Bouiry [4] avait également remarqué une prédominance des lésions rénales chez l'adulte

jeune dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 40 ans avec 8 cas soit 62 %.

Un fait sur lequel tous les auteurs sont unanimes est la grande prédominance du sexe masculin. L'homme semble toujours plus exposé que la femme. Brunet [7], dans sa série, avançait le chiffre de 50 cas/65 des cas chez l'homme et 15 cas/65 pour le sexe féminin.

Pour Benchekroun [6], dans une étude de 30 cas de traumatisme rénal, notait 90 % d'atteinte chez le sexe masculin pour 10 % d'atteinte chez le sexe féminin. Pour notre part, nous avons noté une nette prédominance masculine avec 27 cas soit 90 % des cas.

Le côté droit est plus souvent atteint que le côté gauche du fait de sa position très basse, donc non protégé par le gril costal. 60 % de nos cas étaient de ce côté. Bahloul [5], sur une étude rétrospective portant sur 34 cas de contusions rénales survenues sur un rein pathologique, montrait que le côté droit était le plus fréquemment atteint avec 20 cas soit 59 %. Il incriminait d'une part, la position basse du rein droit par rapport au côté gauche, d'autre part, le fait que ces patients sont souvent droitiers et ils se présentent en attitude de défense droite en exposant le rein droit.

En ce qui concerne le traumatisme rénal bilatéral, il reste exceptionnel et se retrouve le plus souvent dans un contexte de polytraumatisme.

Lohse et Coll. [8] avaient retrouvé, dans une revue de littérature, 12 cas de thrombose bilatérale des artères rénales, tous consécutifs à un traumatisme fermé du rein. Piechaud [9], dans sa série, retrouvait 3 patients présentant un traumatisme bilatéral

Les étiologies sont largement dominées par les accidents de la voie publique puis viennent ensuite les accidents de sport, les accidents de travail et les chutes d'un lieu élevé. La répartition de ces étiologies varie en fonction des pays, voire des régions, [1]. Pour Brunet [7], les accidents de la voie publique constituent 67,6 % des causes dans sa série et 18,4 % d'accident de travail.

Benchekroun [6] montrait que 53 % des causes de traumatisme rénal étaient dues à un accident de la

voie publique et les chutes d'un lieu élevé, constituaient la 2^{ème} cause avec 26 %.

Dans la série de Saidi [10], les accidents de sport (ski), représentaient la première étiologie, tandis que Krill et Coll. [11] retrouvaient que les accidents domestiques constituaient la première cause avec 53,8 % et seulement 33,8 % d'accident de la voie publique.

Pour notre série, les accidents de la voie publique représentaient 54 %, les chutes d'un lieu élevé 28 % et autres causes d'agressions 18%.

Les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique sont relativement pauvres. Le lieu et la puissance de l'impact sont un premier élément de suspicion ; les douleurs ou ecchymoses lombaires n'ont aucune valeur d'orientation.

L'hématurie macroscopique est le signe le plus fidèle qui, par sa seule présence, impose des explorations complémentaires. Néanmoins, il n'y a pas à non plus de relation entre l'importance de l'hématurie et l'importance des lésions. Les traumatismes du rein sans hématurie peuvent atteindre selon les séries 0,5 à 25% voir 24 à 40% dans les atteintes pédiculaires et 31 à 55% dans les avulsions urétérales [2, 7].

Son absence élimine donc en rien une lésion grave. Ce sont surtout les perturbations des constantes hémodynamiques qui sont à prendre en considération, car en dehors du fait qu'elles attirent l'attention vers une lésion hémorragique grave extra-rénale qui doit être maîtrisée en premier, elles permettent de quantifier la gravité du traumatisme rénal.

Brunet et Coll. [7] retrouvaient dans leur série 72,3 % des cas présentant une hématurie. Pour Benchekroun [6], l'hématurie était présente dans 70 % des cas de traumatisme fermé. Pour Krill [11], l'hématurie macroscopique a été observée dans 87,6 % des cas. Dans la série de Bouiry [4], cette hématurie était présente chez 11 de ses patients soit 85 %, cependant elle était absente chez 2 patients. 90 % de nos patients avaient une hématurie. Devant tout traumatisme fermé de l'abdomen se présentant avec une hématurie macroscopique, une imagerie devra être réalisée à la recherche d'une lé-

sion rénale. A l'heure actuelle l'imagerie rénale systématique ne se justifie plus devant un traumatisme fermé de l'abdomen se présentant avec une hématurie microscopique isolée, avec une hémodynamique stable sans notion de décélération dans l'anamnèse, et sans suspicion de lésion abdominale associée [2]. Une revue de 2024 patients ayant présentés un traumatisme fermé du rein, de 1977 à 1992, au San Francisco General Hospital, conforte cette attitude. 1588 patients présentaient une hématurie microscopique, parmi lesquelles seulement 3 patients avaient une lésion rénale sévère qui était de plus associée à d'autres lésions abdominales.

L'échographie est le plus souvent réalisée dans le cadre de l'urgence en raison de son caractère non invasif, de la rapidité d'accès de cet examen, et de la disponibilité d'un échographe en salle d'urgence. Le scanner abdominal injecté réalisé en urgence, avec des coupes non injectées puis injectées précoces et retardées, est devenu l'examen de référence actuel pour le diagnostic et le bilan des lésions rénales et abdominales associées [2,10]. Tous nos patients avaient bénéficié d'un scanner abdominal même certains cas mineurs sans hématurie microscopique qui auraient pu justifier seulement d'une échographie.

De nos jours, l'abstention chirurgicale représente une nouvelle approche thérapeutique. Les lésions mineures (grade 1 et 2), justifient d'une simple surveillance avec une prescription d'antalgiques [10]. Tous nos patients qui présentaient des stades mineurs (25) avaient bénéficié de cette prise en charge. Seules l'hémodynamique clairement instable ou les lésions viscérales associées constituent une indication absolue pour une révision chirurgicale en urgence [9, 10]. L'exploration de la loge rénale est indiquée en cas d'hématome rétro péritonéal expansif ou pulsatile [12]. Les lésions grades 3 et 4 font actuellement l'intérêt du traitement conservateur. Au vu des résultats publiés dans la littérature, les auteurs proposent de réaliser une chirurgie réparatrice pour les traumatismes grade 4 avec fragments dévascularisés s'il existe des lésions intra-abdominales associées, notamment des lésions pancréa-

tiques ou coliques [10]. L'extravasation d'urine isolée est souvent spontanément résolutive ; quand elle est majeure ou prolongée, (supérieure à une semaine), la mise en place d'une sonde urétérale peut la diminuer permettant d'éviter un traitement chirurgical qui garde sa place dans les avulsions de la jonction pyélo-urétérale [13,14].

Elle a été réalisée dans les 2 grades IV de notre série devant une extravasation d'urine persistante.

Nous avons réalisé deux néphrectomies en urgence devant des reins détruits (grade V) mais l'indication d'exploration chirurgicale fut posée devant la persistance d'une hémodynamique instable malgré la réanimation.

Quant aux lésions pédiculaires (absentes dans notre série), elles sont rares (1 à 4% de l'ensemble des lésions) et peuvent être surveillées ou faire appel à la chirurgie (néphrectomie totale ou partielle, réparation vasculaire directe, pontage artériel et auto transplantation) [10]

A distance, une réévaluation radiologique par un uroscanner est justifiée entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour post-traumatique [10].

A long terme, les auteurs préconisent la réalisation d'un scanner à un mois et d'une scintigraphie au DMSA à 6 mois afin d'évaluer la part de la fonction rénale relative restante et la présence ou non de cicatrices parenchymateuses. (Saidi) ;

Conclusion :

Le traitement conservateur est maintenant habituel dans la prise en charge des traumatismes fermés du rein. Le développement de la radiologie interventionnelle, des techniques de drainage endourologique et de la réanimation médicale contribue à maintenir cette attitude, en diminuant le recours à la chirurgie, même dans les traumatismes les plus sévères.

Bibliographie :

1. **SANTUCCI R. A., McANINCH J.W.,SAFIR. M.:** Validation of the american association for the sur gery of trauma organ injury severity scale for the kidney. J. Trauma., 2001; 50: 195 – 200.
2. **DESCOTTES J. L.;HUBERT. J.;** l'urologie par ses images .Prog .Urol. ; 2003 ; 13 :1129 – 1143.
3. **DINKEL H. S. ; DANUSER H. ; TRILLER J:** Blunt renal trauma:minimally invasive management with microcatheter embolisation –expérience in nine patients .Radiology; 2002; 223: 723 -730.
4. **MOHAMED MOUSY BOUIRY:** Traumatismes fermés du rein à propos de 13 cas. Thèse de medecine Dakar 1998.
5. **BAHLOUL.A.;KRID.M.,TRIFA.M.;MOSBAH.A.T.,:** Les contusions sur rein pathologique: étude rétrospective ,a propos de 34 cas .Ann .Urol.,1997;5:253-258.
6. **BENCHEKROUN A., LACHKAR A., SOUMANA M., FARIH M.H., BELAHNECH Z., MARZOUK M., FAIK M.,**
Les traumatismes du rein. A propos de 30 cas.
Ann. Urol. 1997, 3], N° 5, 237-242
7. **BRUNET C., SIELEZNEFF I. VOINCHET V., ROSSET E., GREGOIRE R., THIRION X., UGARTE S., FARISSE J.**
Traumatismes du rein en chirurgie générale (65 cas), Masson, Paris, 1995, 132, N° 8-9, pp 353-357.
8. **LOHSE J .R; BOTHAM R.J., WATERS R.F.** Traumatic bilateral renal artery thrombosis : case report and review of literature. Urol. 1982 ; 127) 522-525.
9. **PIECHAUD T., FERRIERE JM., CARLES L., GRENIER N., LE GUILLOU M.,**
Stratégie diagnostique et thérapeutique dans les traumatismes du rein. A propos d'une série de 248 cas. Ann. Urol. 1988, 22, N° 4, 273-277.
10. **SAIDI A. ;DESCOTTES J.L. ;SENGEL C.;TERRIER N.;** Prise en charge des traumatismes fermés du rein. Prog.Urol 2004, 14, 4, 461 – 474.
11. **KRILL M., BAHLOUL A., EL HADDAD N., TRIFA M., MOSBAH A.f.,MHIRIM.N.**Le traumatisme du rein chez l'enfant. A propos de 65 cas .Ann. Urol. 1997, 3I, N° 5, 259-265.
12. **HENRY PC, CHABANNES, BERNARDINI S, WALLERAND H, BITTARD H.** Prise en charge actuelle des traumatismes graves du rein. Prog Urol 2002 ; 12 : 579 – 586.
13. **HAAS CA, REIGLE MD, SELZMAN AA, ELDER JS.**Use of ureteral stents in management of major renal trauma with uri nary extravasation: is there a role? J Endourol 1998; 12: 545 – 549.
14. **THALL EH, STONE NN, CHENG DL, COHEN EL.** Conservatie management of penetrating and blunt type 3 renal injuries. Br J Urol 1996; 77: 512 – 7.