

Dérivation du haut appareil urinaire en urgence
quand le plateau technique est déficient.

Razafitahinjanahary CL^{1*}, Randriamanantsoa T¹,
Randriamalala SB¹, Vahinandrasana F², Solofoarimanana E²,
Rambel AH², Rakototiana AF¹, Rantomalala HYH²

¹Service d'Urologie B, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

²Service d'Urologie A, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

Résumé

Objectif: Rapporter les types de dérivation du haut appareil urinaire pratiqués dans le service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

Patients et méthode: C'était une étude rétrospective et descriptive réalisée du 1er janvier au 31 décembre 2019. Les registres médicaux, les registres de compte-rendu opératoire et les dossiers médicaux étaient consultés. Tous les patients de plus de 15 ans, bénéficiant de ce traitement, avec dossier médical complet étaient inclus. Nous avons recensé 55 patients. L'âge moyen était de 41,3 ans avec un sex-ratio de 0,96. Les paramètres étudiés étaient le motif d'hospitalisation, l'étiologie de l'obstruction, le côté drainé, le type de drainage réalisé et la durée d'hospitalisation postopératoire.

Résultats: Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par la colique néphrétique dans 36,44% des cas et l'hyper créatininémie dans 34,54% des cas. Les causes de l'obstruction étaient surtout la lithiase urinaire dans 36,36% des cas et le cancer du col utérin dans 32,72% des cas. Le drainage était bilatéral dans 50,9% des cas. Le drainage le plus réalisé était la pose de sonde double J dans 54,54% des cas, dont 76,66% par voie endoscopique. La durée moyenne d'hospitalisation était de cinq jours.

Conclusion: La montée de sonde double J par voie endoscopique était le principal moyen de dérivation du haut appareil urinaire. La néphrotomie était de plus en plus abandonnée du fait de son agressivité.

Mots clés: Anurie; Hydronephrose; Insuffisance rénale; Pyélonéphrite; Urolithiase

Titre en Anglais: Emergency upper urinary tract bypass when technical platform is insufficient.

Abstract

Objective: report the types of high urinary device bypass practiced in the urology department of the university hospital Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

Patients and method: This was a retrospective and descriptive study conducted from January 1st to December 31st, 2019. Medical records, operating records and patients files were consulted. All patients over the age of 15 treated with this method, with a complete medical record were included in this study. We counted 55 patients. The average age was 41,3 with a sex-ratio of 0.96. The parameters studied were reason for hospitalization, etiology of the obstruction, drained side, drainage type performed and length of postoperative hospitalization.

Results: Reasons for hospitalization were dominated by renal colic in 36.44% of cases and hypercreatininemia in 34.54% of cases. Causes of obstruction were urinary lithiasis in 36.36% of cervical cancer in 32.72% of cases. Drainage was bilateral in 50.9% of cases. The most successful drainage was double J probe installation in 54.54% of cases, of which 76.66% were endoscopic. The average length of hospitalization was five days.

Conclusion: The ascent of the double J tube endoscopically is the main method of derivation of the high urinary tract. Nephrotomy was increasingly abandoned due to its aggressiveness.

Key words: Anuria; Hydronephrosis; Pyelonephritis; Renal failure; Urolithiasis

Introduction

La dérivation du haut appareil urinaire est un traitement qui consiste à évacuer les urines sus vésicales en amont d'un obstacle [1,2]. Elle a pour but d'améliorer la fonction rénale, de soulager la douleur et de faciliter le traitement de l'infection des urines bloquées en amont de l'obstacle. C'est une activité fréquente en urgence urologique. Notre objectif est de rapporter les types de dérivations en urgence du haut appareil urinaire dans notre pratique.

Patients et méthode

C'était une étude rétrospective et descriptive faite au service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar. Nous avons étudié les patients qui étaient hospitalisés du 01/01 au 31/12/2019. Les registres médicaux, Les dossiers médicaux ainsi que les registres de compte-rendu opératoire étaient consultés pour récolter les données. Le logiciel Microsoft Excel[®] était utilisé pour le traitement des données. Les paramètres étudiés étaient le motif d'hospitalisation, l'étiologie, le côté drainé, le type de drainage

réalisé et la durée d'hospitalisation. Les critères d'inclusion étaient l'âge plus de quinze ans et les patients bénéficiant de dérivation du haut appareil urinaire. Nous avons exclu les dossiers incomplets, les dérivations programmées et la néphrectomie d'urgence sur rein détruit. Cinquante-cinq cas étaient recensés. L'âge moyen était de 41,3 ans avec des extrêmes allant de 19 et de 82 ans. La sex-ratio était de 0,96.

Résultats

Cette urgence représentait 11,75% des patients hospitalisés dans notre service. La colique néphrétique et l'hypercréatininémie étaient les motifs de consultation les plus fréquents (figure 1). Les étiologies de l'obstruction étaient dominées par la lithiase urinaire et le cancer du col utérin (figure 2). Chez 28 cas (50,9%), la dérivation était bilatérale. C'étaient des obstructions sur tumeurs pelviennes. Nous avons observé des sténoses urétérales bilatérales d'origine bilharzienne dans 12,72 % des cas. La dérivation la plus utilisée était la montée de sonde double J (figure 3). Chez tous les patients, la montée de sonde double J par voie endoscopique était réalisée en première intention. Elle était réussie dans 76,67% des cas. Cette réussite était observée chez toute obstruction d'origine lithiasique (47,61% des cas). La durée moyenne d'hospitalisation

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: lucien.clarat@yahoo.com

¹ Adresse actuelle: Service d'Urologie B, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

était de cinq jours avec des extrêmes de deux et 12 jours (tableau 1).

Discussion

L'incidence observée est importante par rapport à celle de la série de Soumanou [3]. Cette différence est expliquée par l'incidence élevée de l'urétéro-hydronephrose sur cancer du col utérin dans notre cas. Dans notre pays, la découverte du cancer du col utérin est souvent tardive [4]. Le mode de révélation de l'obstruction du haut appareil urinaire est variable. Il dépend de la cause, de la localisation et de la gravité de l'obstruction [2,5]. La colique néphrétique et l'hypercréatininémie sont les motifs d'hospitalisation les plus fréquents. Cette prédominance est aussi observée dans la littérature [5-7]. La lithiase urinaire est l'étiologie la plus rencontrée [2,5-8]. L'obstruction extrinsèque par une tumeur pelvienne est aussi fréquente. Cette situation est souvent due au retard diagnostique de la néoplasie pelvienne, situation courante dans les pays en développement [4,5,9,10]. Souvent, la découverte de la tumeur est faite en même temps que le diagnostic de l'obstruction des voies urinaires hautes [9]. L'obstruction par sténose urétérale bilatérale est aussi observée. En Afrique, elle est souvent d'origine bilharzienne [11]. La montée de sonde double J endoscopique était tentée en première intention. Par rapport aux autres méthodes, elle est moins invasive avec un faible risque opératoire [12]. La réussite est un avantage pour le patient [1]. Du fait de l'insuffisance du plateau technique, elle est encore réalisée en aveugle dans notre pratique. Une conversion par voie ouverte est le premier recours en cas d'échec. La néphrostomie percutanée échouée est rapportée comme dernier recours [8-13]. Dans notre expérience, l'échec de la tentative de montée de sonde double J fait recourir à l'urétérostomie pour deux raisons: il s'agit souvent d'une décision per opératoire et l'obstacle est souvent bilatéral rendant difficile le repositionnement du patient. Ensuite, l'échographie interventionnelle pour effectuer une néphrostomie percutanée n'est pas disponible dans notre contexte. De ce fait l'urétérostomie est moins morbide que la néphrostomie par voie ouverte. Il est préconisé de faire une néphrostomie en urgence et de réparer secondairement la sténose urétérale quand elle entraîne une insuffisance rénale obstructive [14]. Mais un cas de sténose post infectieuse avec mégacalycose décrit par Sine [15] ainsi que des sténoses post transplantations [16] ont évolué favorablement après une réparation en urgence. Nous avons pratiqué une réimplantation urétérale d'emblée pour la sténose urétérale pelvienne à cause de la non-disponibilité de la néphrostomie percutanée et aussi pour éviter la réintervention chirurgicale. Cette dernière entraîne un surcoût qui est à la charge du patient. Dans les pays équipés d'imagerie interventionnelle, la dérivation du haut appareil urinaire est mini invasive. Un des avantages est la courte durée d'hospitalisation. Elle est entre 24 et 48 heures [5,17].

Conclusion

Trois types de dérivation du haut appareil urinaire sont utilisés dans notre service. Seule la réussite de pose de sonde double J endoscopique est mini invasive. C'est la raison pour laquelle la durée d'hospitalisation est un peu plus longue. La néphrostomie par voie ouverte est rarement pratiquée du fait de sa morbidité par rapport aux autres techniques. Un plateau technique pour une dérivation mini invasive est à développer pour améliorer la prise en charge future.

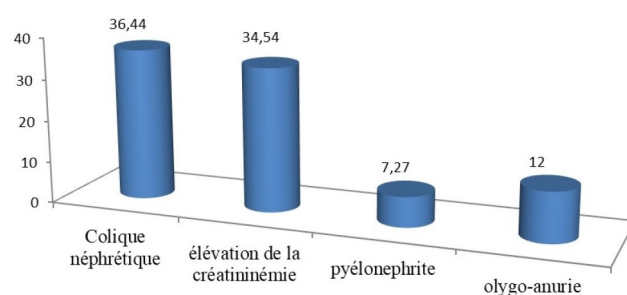


Fig.1: Motifs d'hospitalisation

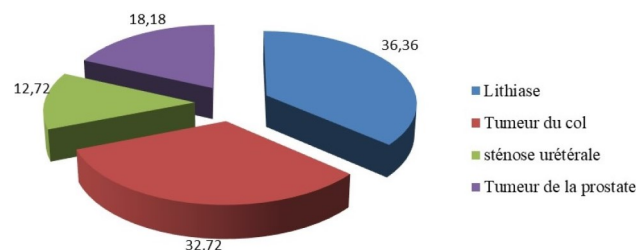


Fig.2: Les étiologies

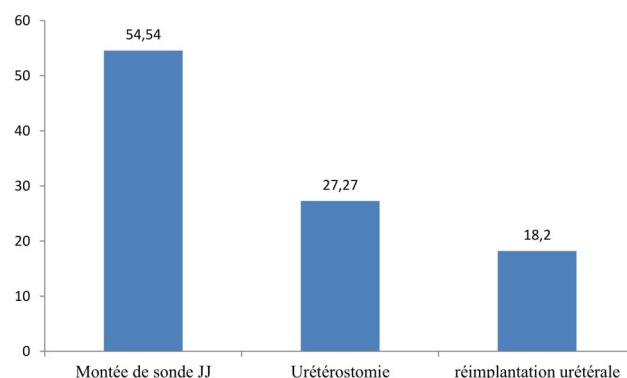


Fig.3: Les différentes méthodes de drainage

Durée (jours)	2	4	6	8	12
Effectif	18	17	7	5	8

Tabl.1: Durée d'hospitalisation

Références

- 1- Sallusto F, Deruelle C, Joulin V, Fournier G, Valeri A. Anurie par obstacle de la voie excrétrice. EMC - Urologie 2011; 4(2) : 1-7.
- 2- Vedrine N, Nsabimbona B, Soares P, Boiteux J.P, Guy L. Urétérohydronephrose géante du système inférieur par méga-uretère obstructif sur duplicité pyélo-urétérale. Prog Urol 2007; 17 : 111-3.
- 3- Soumanou FKY, Avakoudjo J, Hounnasso PP, Dandjlessa OAH, Paré AK, Hodonou R. Aspects épidémiologiques et diagnostiques étiologiques des hydronephroses à la clinique universitaire urologique-andrologique CNHU-HKM de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire 2014; 61: 398-400.
- 4- Hasiniatsy NRE, Ernestho-ghoud IM, Ralamboson SA, Rabarijaona LI, Rafaramino FJ. Prise en charge et suivi des cancers du col utérin: la réalité à Antananarivo, Madagascar. Journal Africain du Cancer 2014; 6: 40-46.
- 5- Zakou ARH, Ndoeye M, Niang L, Jalloh M, Labou I, Gueye SM. Dérivation du haut appareil urinaire par une sonde JJ: indications et résultats dans une étude rétrospective et monocentrique. African Journal of Urology 2018; 24: 303-7.
- 6- Ndiath A, Ndiaye M, Sow O, Sarr A, Diaw E M, Sine B, et al. Dérivation du haut appareil urinaire par une sonde double J par voie endoscopique: indications, résultats et morbidité. Mali Médical 2020; 35: 36-38.
- 7- Vamadevan S, Klein J, Iselin CE. Que faire face à une dilatation pyélo

-calicielle ? Rev Med Suisse 2015; 11 : 2293-7.

8- Chambade D, Thibault F, Niaug L, Lakmichi M.A, Gathegne B, Thibault P, et al. Etude de tolérance des endoprothèses urétérales de type double J. Prog Urol 2006 ; 16 : 444-9.

9- Hasiniatsy NRE. Evolution des aspects epidemio-clinico-therapeutiques du cancer du col uterin au service oncologie HJRA [Thèse]. Faculté de Médecine: Antananarivo; 2008: 100p.

10- Kirakoya B, Hounnasso PP , Pare AK , Mustapha AB , Zango B. Clinico-pathological features of prostate cancer at the university hospital Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso. Journal of the West African College of Surgeons 2014; 4: 70-81.

11- Doubi S. Les anuries obstructives [Thèse]. Faculté de Médecine et Pharmacie: Marrakech; 2008: 109p.

12- Prazy V, Chollet P, Jichlinski. Indications et méthodes de dérivations urinaires minimales invasives en oncologie. Rev Med Suisse 2007; 3:

327-34.

13- Knidiri H. Les anuries obstructives : a propos de 24 observations [Thèse]. Faculté de Médecine et Pharmacie: Marrakech; 2011: 103p.

14- De Petriconi R. Sténoses urétérales intrinsèques et extrinsèques. EMC - Urologie 2010; 3(3): 1-23.

15- Sine B, Bagayogo NA, Fall B, Sow Y, Thiam A, Sarr A, et al. La sténose urétérale post infectieuse et la mégacalycose: un train qui en cache un autre. Pan Afr Med J 2015; 22: 334-7.

16- Hétet J F, Rigaud J, Leveau E, Normand L, Glémain P, et al. Prise en charge thérapeutique des sténoses urétérales en transplantation rénale. Prog Urol 2005; 15: 472-80.

17- Dassouli B, Benlemlih A, Joual A, Debbag A, Skali K, Bennani S, et al. La néphrostomie percutanée en urgence. A propos de 42 cas. Ann Urol 2001; 35: 305-8.