

CAT devant UNE ANURIE OBSTRUCTIVE

I- Définition :

- ◇ L'anurie se définit comme l'arrêt total ou une quantité < 100 ml/24 heures de la diurèse (oligo-anurie : diurèse < 500 ml/24h)
- ◇ L'anurie obstructive est due à une obstruction située à un niveau quelconque des voies excrétrices supérieures (les méats urétéraux inclus).
- ◇ Elle entraîne rapidement une insuffisance rénale aiguë (post-rénale)

II- Intérêt de la question :

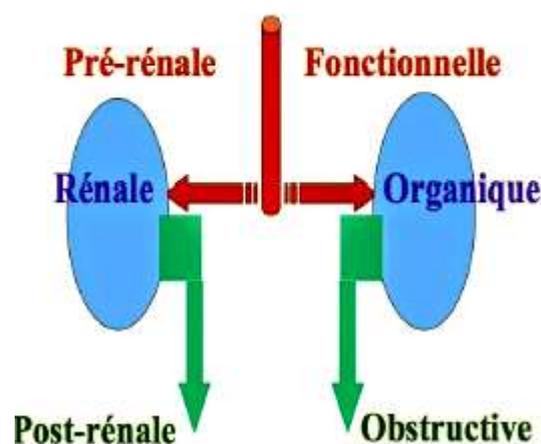
- ◆ C'est une urgence médico-chirurgicale car le pronostic vital est mis en jeu.
- ◆ Diagnostic doit être fait en urgence afin de lutter contre les conséquences métaboliques notamment l'hyperkaliémie menaçante.
- ◆ L'échographie abdominale est nécessaire pour qualifier l'anurie d'obstructive.
- ◆ Un diagnostic précis de la nature et du niveau de l'obstacle est nécessaire avant d'envisager une thérapeutique adéquate.

III- Mécanisme :

Selon le mécanisme responsable, l'insuffisance rénale peut être:

- **Pré rénale**, d'origine vasculaire : hypovolémie, déshydratation...
- **Rénale**, due à une pathologie du parenchyme rénal (néphropathie).
- **Post rénale**, d'origine urologique en rapport avec un obstacle sus vésical.

L'obstacle doit être bilatéral et siéger sur la voie excrétrice des 2 reins ou unique et siéger sur un seul rein anatomique ou fonctionnel.



IV- Physiopathologie :

- L'obstacle sur le haut appareil urinaire entraîne un arrêt ou baisse de la diurèse et une dilatation des cavités pyélocalicielles (urétéro-hydronephrose) responsable d'une hyperpression d'amont sur le parenchyme rénal notamment les tubules rénaux ce qui altère la filtration glomérulaire.
- L'altération de la filtration glomérulaire provoque :
 - Une rétention hydrosodée et azotée responsable d'une élévation de l'urée et de la créatinine.
 - Une rétention potassique responsable d'une hyperkaliémie qui peut être menaçante et mettre en jeu le pronostic vital dans l'immédiat.
- Le retard de PEC peut rendre les lésions rénales irréversibles (IRC définitive).

V- Démarche diagnostique :

Le diagnostic d'une anurie est clinique devant l'absence d'une diurèse depuis quelques heures et de globe vésical. Néanmoins, il peut être tardif et se manifeste par des signes cliniques d'une IRA : les nausées, vomissements, céphalées, anorexie, asthénie et des diarrhées.



1- **L'interrogatoire** : Il recherche :

- ✓ Le mode d'installation de l'insuffisance rénale aiguë ou chronique.
- ✓ L'ancienneté des troubles.
- ✓ Les ATCD personnels : néphrectomie, malformation (maladie de la jonction, mega-uretère...) ou des lithiases (calcique, urique,...).
- ✓ Les ATCD familiaux.
- ✓ Notion de cancer pelvien (vésical, prostatique, gynécologique ou digestif).

2- **Examen clinique** : Il doit être complet, il comporte :

- Examen de l'hypogastre :
 - Eliminer un globe vésical.
 - Rechercher une cicatrice d'intervention chirurgicale.
 - Recherche de tumeurs abdominales.
- Examen des fosses lombaires :
 - Rechercher un contact lombaire.
 - Signe de GIORDANO (douleur à l'ébranlement).
 - Noter la présence de cicatrice lombaire.
- Touchers pelviens : à la recherche d'une tumeur pelvienne.
- Recherche des signes de gravité en rapport avec l'insuffisance rénale aiguë (dyspnée, OAP...)

3- **Biologique** :

- Δ FNS.
- Δ Ionogramme, urée, créatinémie.
- Δ Hémoculture si existence d'une fièvre à 39.

4- **Radiologie** :

Le bilan morphologique permet de confirmer le diagnostic de l'anurie obstructive en premier temps et de rechercher le diagnostic étiologique secondairement.

- ✘ **ASP** : Permet de mettre en évidence la présence d'un calcul radio opaque dans le rein ou sur le trajet présumé de l'uretère
- ✘ **L'échographie rénale** : C'est un examen non invasif et essentiel pour confirmer le diagnostic, elle doit être réalisée en urgence. L'échographie peut montrer une dilatation bilatérale ou unilatérale sur rein unique des cavités pyélocalicielles. L'échographie rénale doit aussi nous renseigner sur :
 - La taille du rein, l'échogénéicité et l'épaisseur du parenchyme,
 - La présence de cône d'ombre en amont d'une image hyperéchogène évoque souvent un calcul,
 - L'existence d'une tumeur vésicale ou prostatique.

Rarement, d'autres examens sont indispensables pour le diagnostic d'une anurie obstructive

- ✘ **TDM abdominale** (la tomодensitométrie spiralé abdomino-pelvien sans injection) : Elle est plus performante que l'échographie pour le diagnostic étiologique. Elle permet de mettre en évidence une dilatation bilatérale ou unilatérale sur rein unique des voies excrétrices, elle précise la taille, le siège de l'obstacle et parfois sa nature en particulier en cas de lithiase.
- ✘ **L'IRM Abdominale** : Elle a la même sensibilité et spécificité que le scanner et elle permet d'obtenir les mêmes informations. Elle est indiquée si le scanner est contre-indiqué (femme enceinte..).

❖ **L'urétéro-pyélographie rétrograde (UPR) :**

C'est une opacification des voies excrétrices par voie rétrograde après la mise en place par voie endoscopique vésicale d'une sonde urétérale dans le méat urétéral. Elle permet la localisation de niveau de l'obstacle mais avec peu de renseignement sur sa nature. Elle permet aussi le drainage des voies excrétrices par une montée d'une sonde urétérale dans le même temps opératoire.

VI- Etiologie :

L'anurie obstructive est souvent la conséquence d'un **obstacle lithiasique** mais d'autres causes peuvent se voir à savoir :

- Les cancers pelviens (la tumeur de vessie est la cause la plus fréquente des pathologies néoplasiques mais les tumeurs prostatiques, gynécologiques et digestives peuvent en être la cause aussi).
- La fibrose rétropéritonéale bénigne.
- Hydronéphrose aiguë (décompensation d'une MJPU).
- Les lésions iatrogènes postopératoires.

VII- Traitement :

BUT : Le traitement de l'anurie obstructive comporte 3 étapes :

- ☛ Gérer les complications et les troubles métaboliques,
- ☛ Dériver les urines,
- ☛ Traiter l'étiologie secondairement.

MOYENS THÉRAPEUTIQUES :

a- Correction des troubles métaboliques :

Il faut savoir rechercher les signes cliniques et biologiques des troubles métaboliques qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital ; il est parfois nécessaire de faire une dialyse ou une épuration extrarénale en urgence devant :

- **Hyperkaliémie $\geq 6,5\text{meq/l}$.**
- **Œdème aigu du poumon (hyperhydratation).**
- **Urée $> 3\text{ gr /l}$.**
- **Acidose métabolique avec $\text{PH} < 7,15$.**

b- Le drainage urinaire :

- ➔ **Drainage interne :** par montée d'une sonde urétérale JJ en amont de l'obstacle par voie rétrograde endoscopique.
- ➔ **Drainage externe :** par la mise en place d'une sonde de néphrostomie percutanée qui va drainer les urines en amont de l'obstacle.

L'Antibiothérapie n'est pas indiquée sauf si une infection urinaire est décelée.

c- Traitement étiologique :

Le traitement de la cause de l'obstacle est envisagé secondairement après le retour à la normale de la fonction rénale.

Il dépend essentiellement de la nature de l'obstacle.

Points forts

- * L'anurie se définit par une diurèse absente ou < 100 ml/ 24h.
- * L'anurie obstructive est due à un obstacle sur les voies urinaires supérieures.
- * Elle entraîne rapidement une insuffisance rénale aiguë (post-rénale).
- * C'est une urgence médico-chirurgicale car le pronostic vital est mis en jeu.
- * L'obstacle doit être bilatéral et siéger sur la voie excrétrice des 2 reins ou unique et siéger sur un seul rein anatomique ou fonctionnel.
- * Le diagnostic doit être fait en urgence afin de lutter contre les conséquences métaboliques notamment l'hyperkaliémie menaçante.
- * L'échographie abdominale est nécessaire pour qualifier l'anurie d'obstructive.
- * Les principes du traitement comportent 3 volets : traitement de désordre métabolique, dérivation des urines et traitement de l'étiologie dans un second temps.
- * Le traitement en urgence est le drainage des voies excrétrices qui sera suivi à distance du traitement de la cause.
- * Un diagnostic précis de la nature et du niveau de l'obstacle est nécessaire avant d'envisager une thérapeutique adéquate.