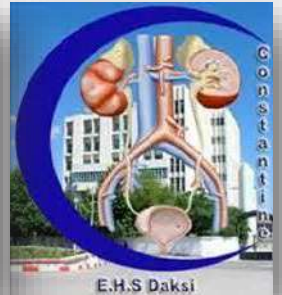


Université SALAH BOUBNIDER- Constantine 3

Faculté de Médecine de Constantine

Service de Chirurgie Urologique et de Transplantation Rénale

EHS DAKSI



CAT devant une Anurie Obstructive

Dr. A. BENMESSAOUD

Maître-Assistant

Service de Chirurgie Urologique - EHS D'URO-NEPHROLOGIE

E-mail: a.benmessaoud2013@gmail.com

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES



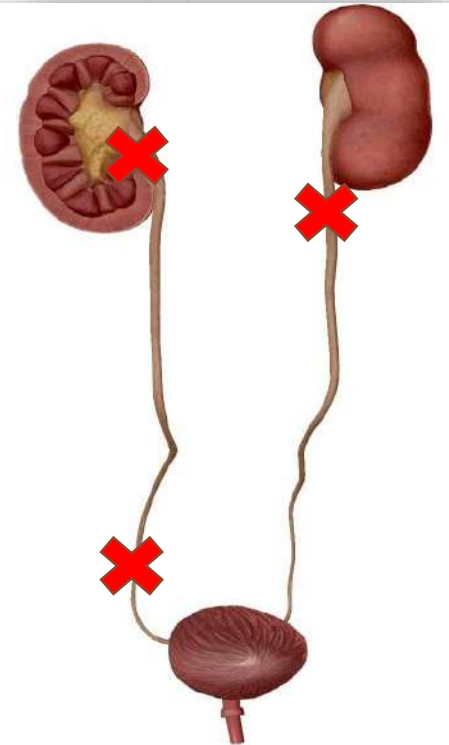
Savoir diagnostiquer une anurie obstructive

Argumenter les principes du traitement et la surveillance des IRA de cause obstructive.

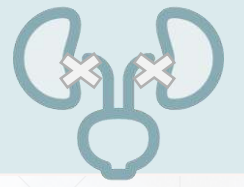
INTRODUCTION



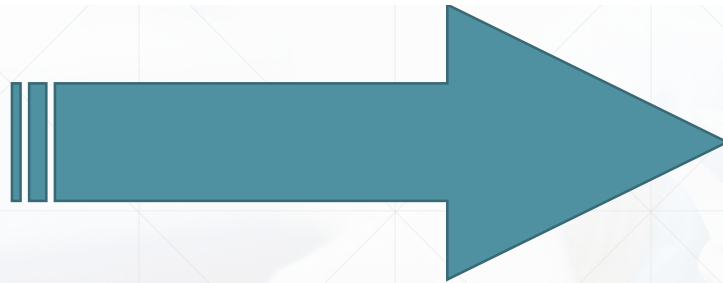
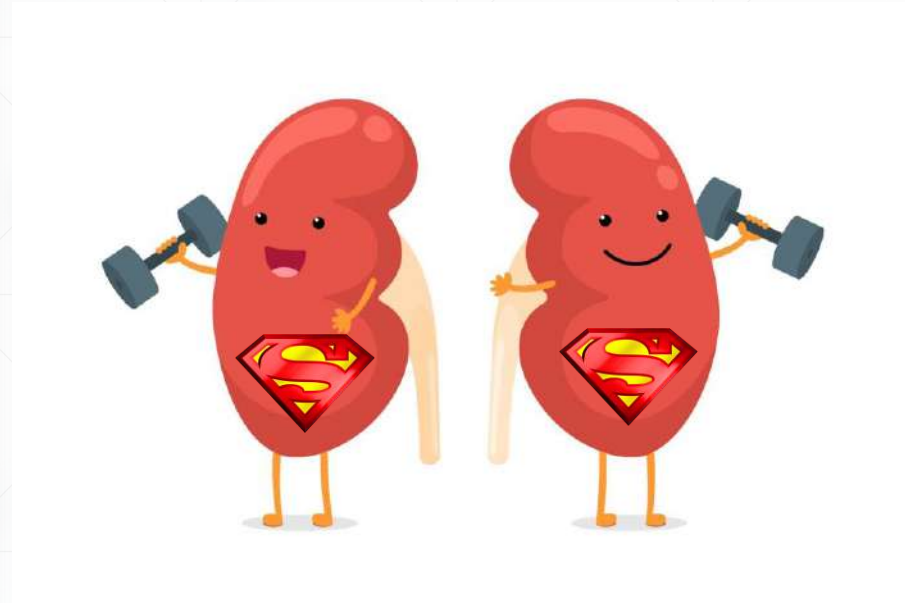
- **Urgence Médico-Chirurgicale**
- Arrêt total ou presque de la diurèse avec une vessie vide.
- Due à un obstacle de la VE.
- Obstacle doit être bilatéral ou survenir sur un rein anatomiquement ou fonctionnellement unique.

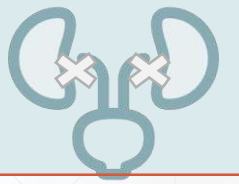


PHYSIOLOGIE



180 L





L'excrétion

Déchets du métabolisme protéique, des purines, des substances organiques complexes, d'origine endogène ou exogène :
toxines, médicaments....



L'homéostasie du milieu intérieur

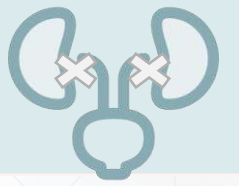
pH(bilan H⁺ nul), Osmolarité (bilan Na⁺ nul), Volémie (bilan eau=0), Kaliémie (bilan K⁺ nul), TA, Calcémie



Rôle endocrine

Synthèse et sécrétion d'hormones (érythropoïétine),
Formation de vitamine D active (hydroxylation du cholécalférol)





Anurie

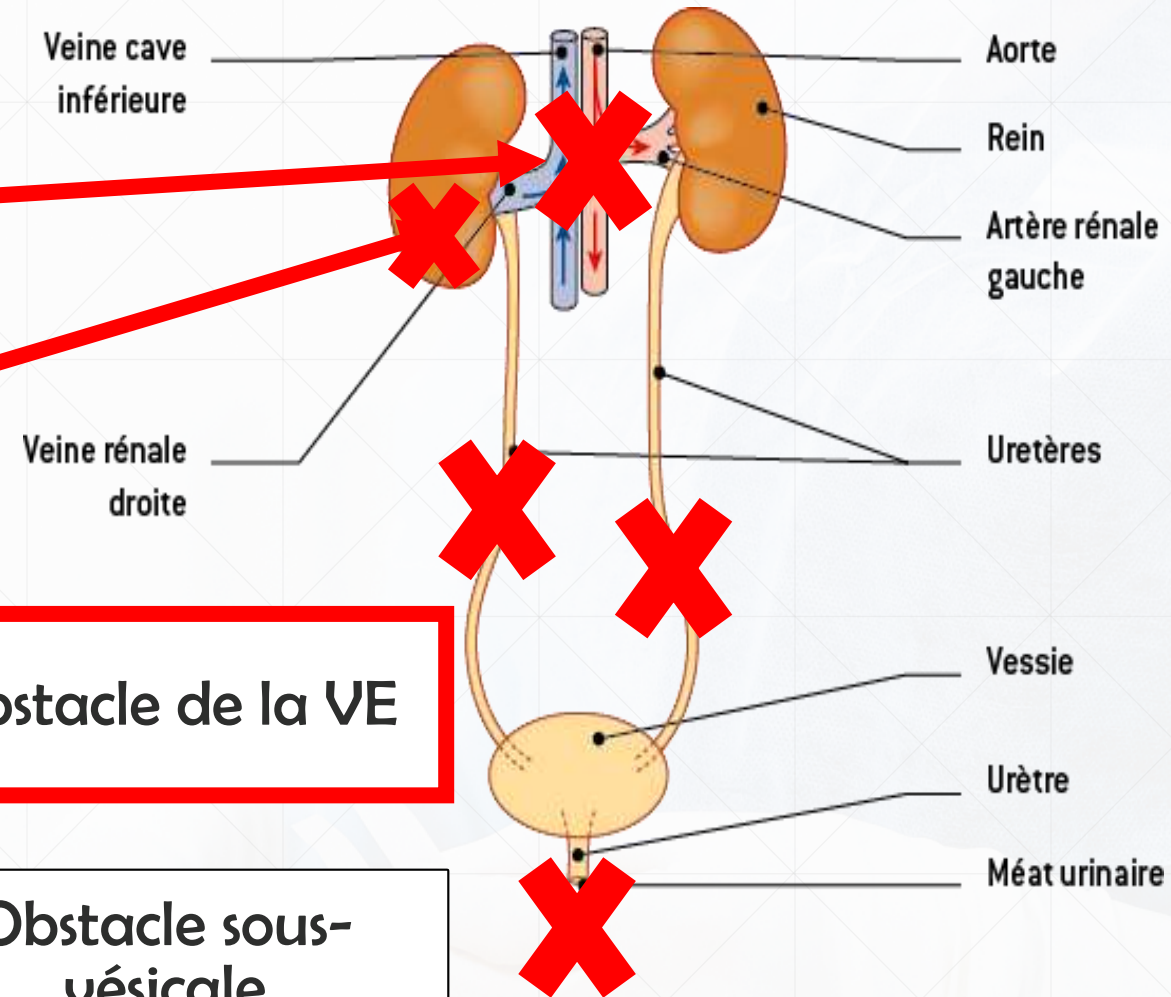
l'anurie fonctionnelle
ou prérénale

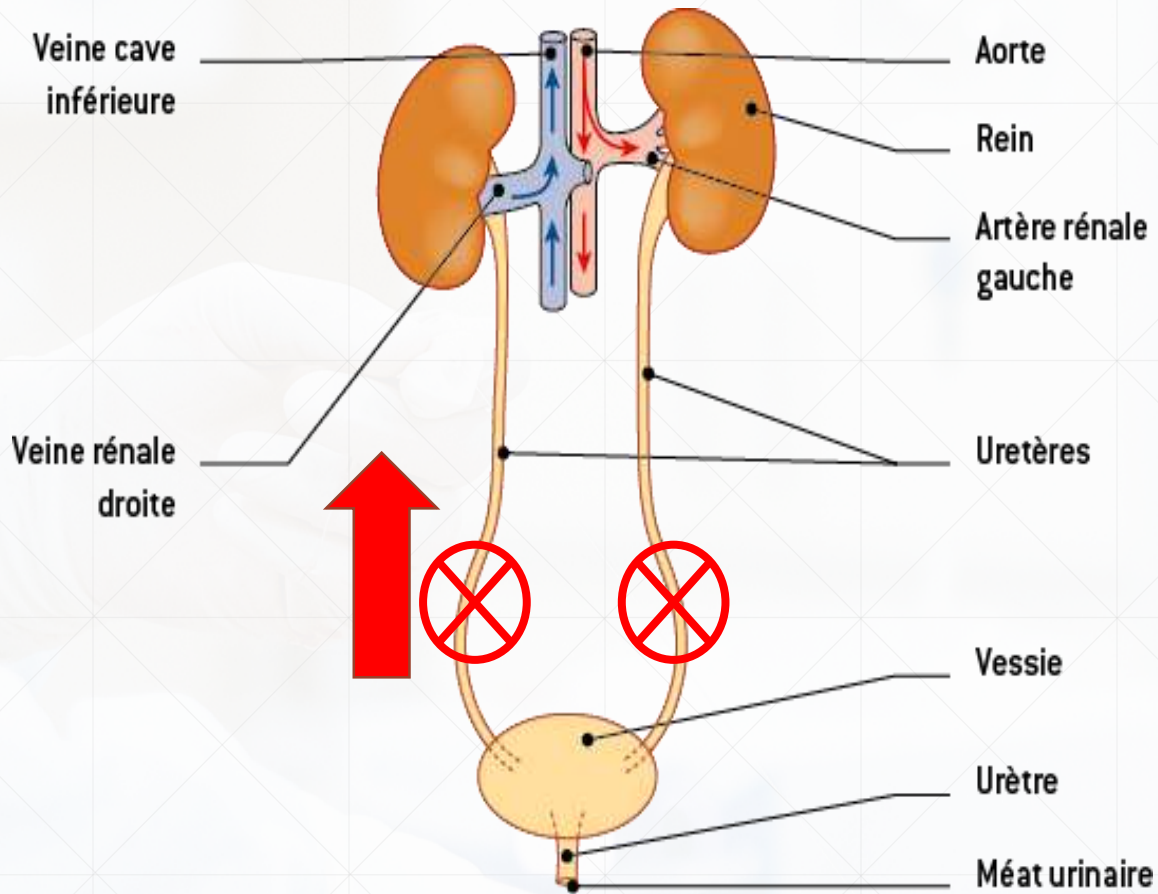
l'anurie organique
ou parenchymateuse

l'anurie obstructive
ou postrénale

Obstacle de la VE

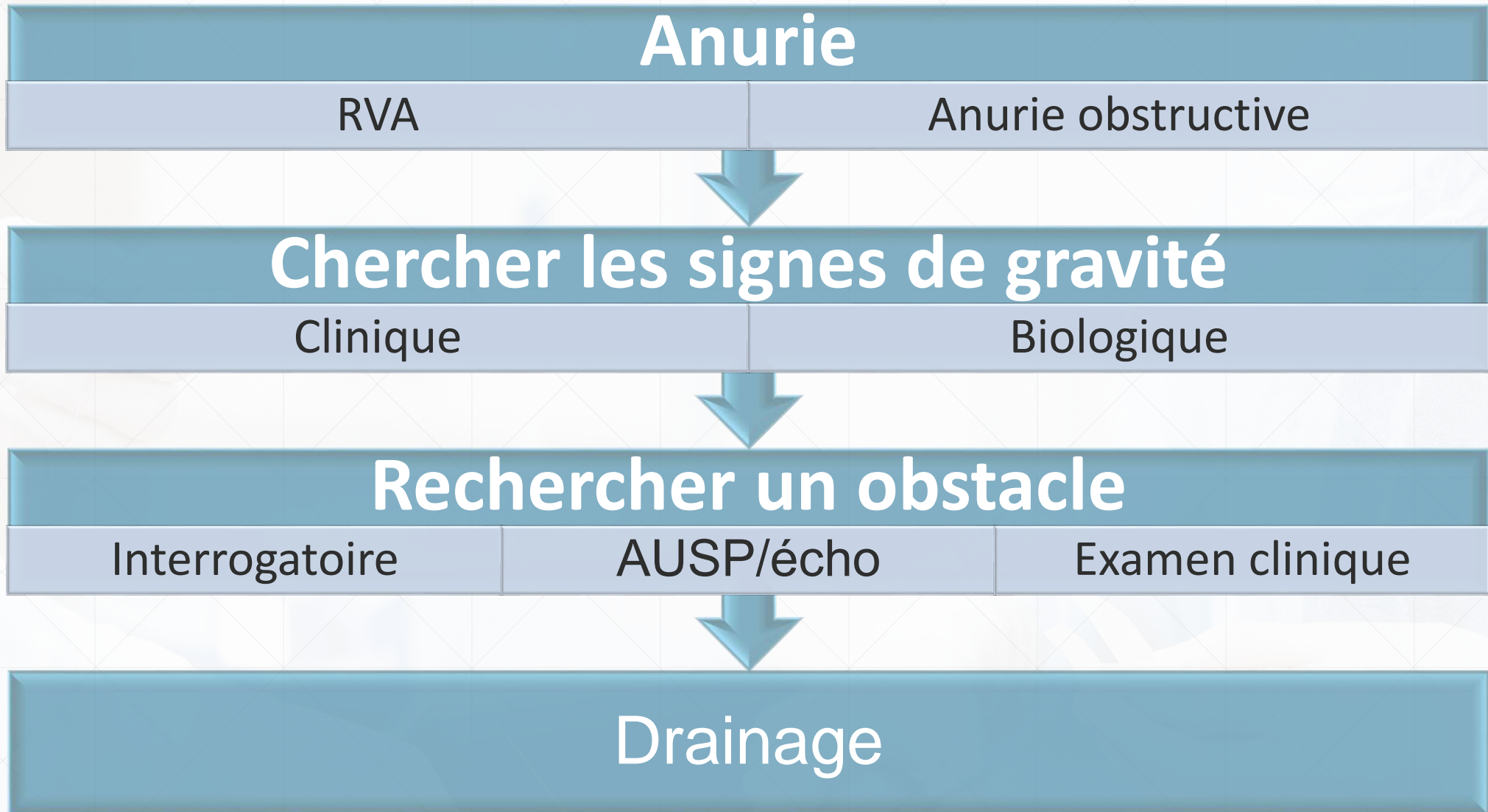
Obstacle sous-
vésicale





- Un arrêt de la diurèse ► ↗ de la pression d'amont dans les tubules rénaux et un blocage de la FG ► rétention hydrosodée, azotée et potassique ainsi que phosphorée et urique, qui peut engager le pronostic vital à court terme.

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE



Comment affirmer l'anurie ?



- Le diagnostic est basé sur **la clinique et l'interrogatoire**: absence de la miction et du besoin d'uriner pendant plusieurs heures,
- l'examen clinique : pas de globe vésical.





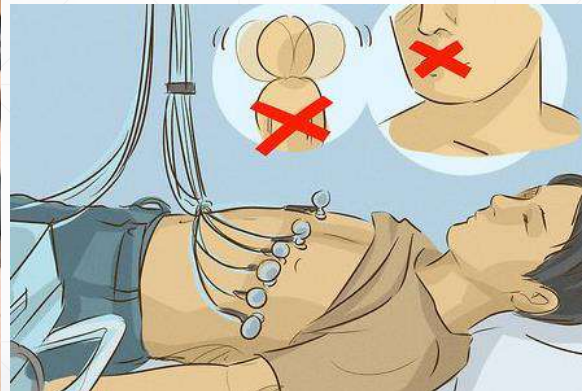
- Dans certains cas, ce sont les symptômes liés à la cause de l'obstruction : lombalgies, colique néphrétique uni- ou bilatérale, qui amènent à découvrir l'insuffisance rénale.
- Ailleurs, c'est la symptomatologie d'insuffisance rénale aiguë qui amène le patient à consulter : nausées-vomissements, céphalées, diarrhées, et le bilan morphologique établit l'origine obstructive.



Signes de gravité !!!

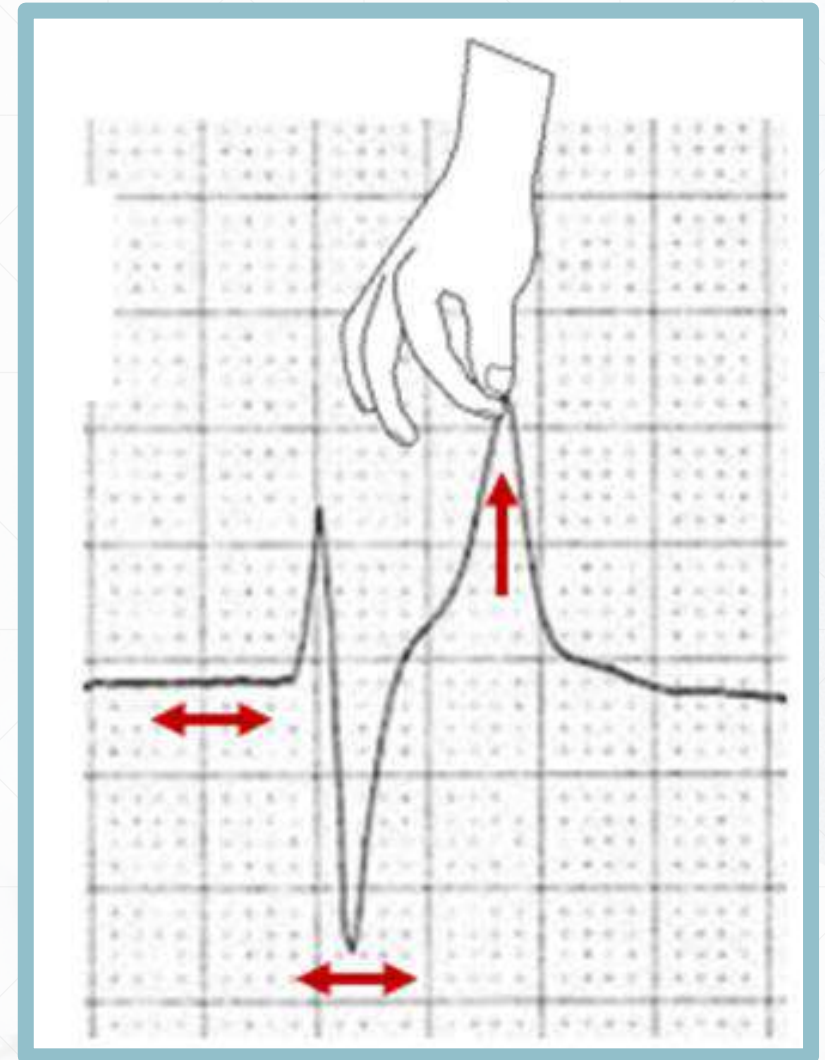


- hyperhydratation, signes d'oedème pulmonaire, oedème des membres inférieurs, troubles du rythme cardiaque (hyperkaliémie : ECG).





- Onde T pointue
- **Allongement du PR**
- **QRS élargi**



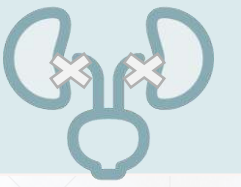
Signes de gravité !!!



Bilan biologique:

- un ionogramme sanguin permettant d'apprécier le degré d'insuffisance rénale et de poser, lorsque c'est nécessaire, l'indication d'épuration extrarénale en urgence.
- Il met en évidence une augmentation de la créatininémie, de l'urée et, selon les cas, une hyperkaliémie et une acidose métabolique.
- ECBU, BPO, HC, ...etc.





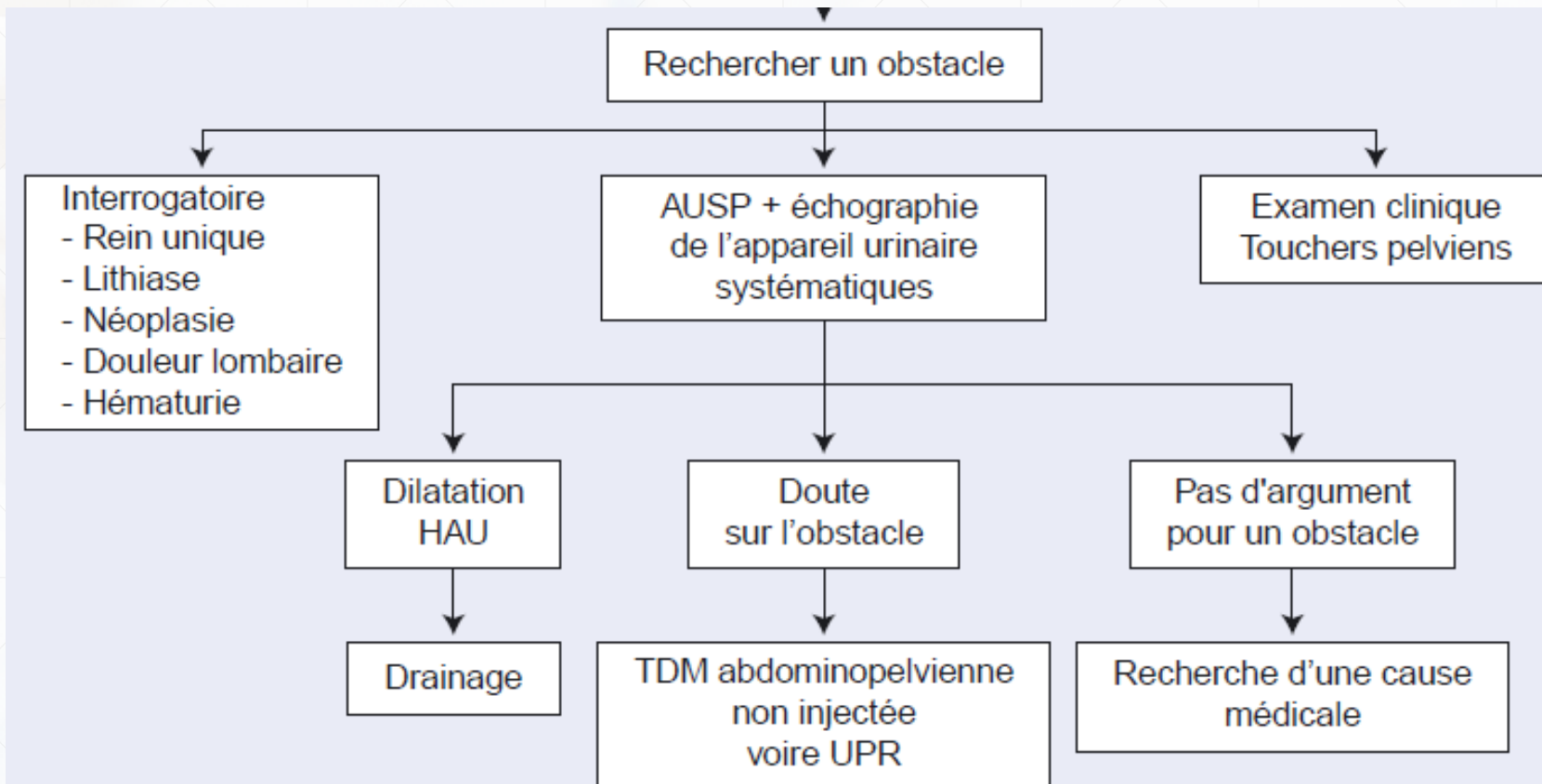
- **Hyperkaliémie.**
- **Hyperhydratation entraînant un OAP**
- **Un taux d'urée > 4g/l**
- **Acidose métabolique**

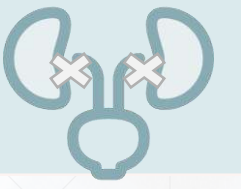


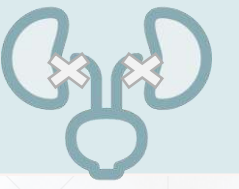
Rechercher un obstacle

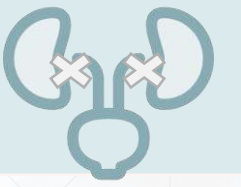


- Le bilan radiologique, en urgence, a pour but de rechercher une cause obstructive à l'anurie

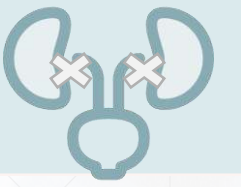








- Néo (50%):
- Lithiases(40%).
- Fibrose rétro péritonéale bénigne idiopathique ou iatrogène.
- lésions urétérales iatrogènes postopératoire.



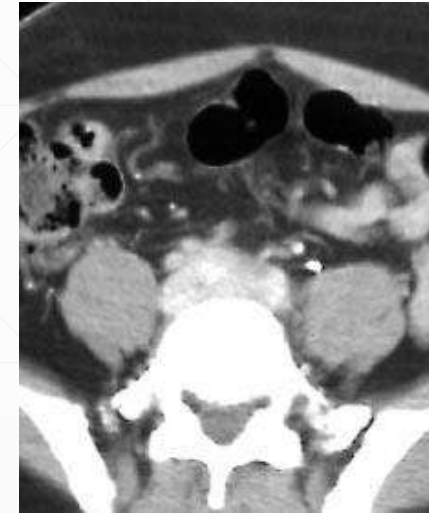
- ETIOLOGIES néoplasique 50%
- Primitif ou secondaire
- Envahissement ou compression extrinsèque
- De siège abdomino pelv :
 - Vessie
 - Prostate
 - TVE
 - Colon
 - Rectum
 - Lymphome
 - gg rétropéritonéaux

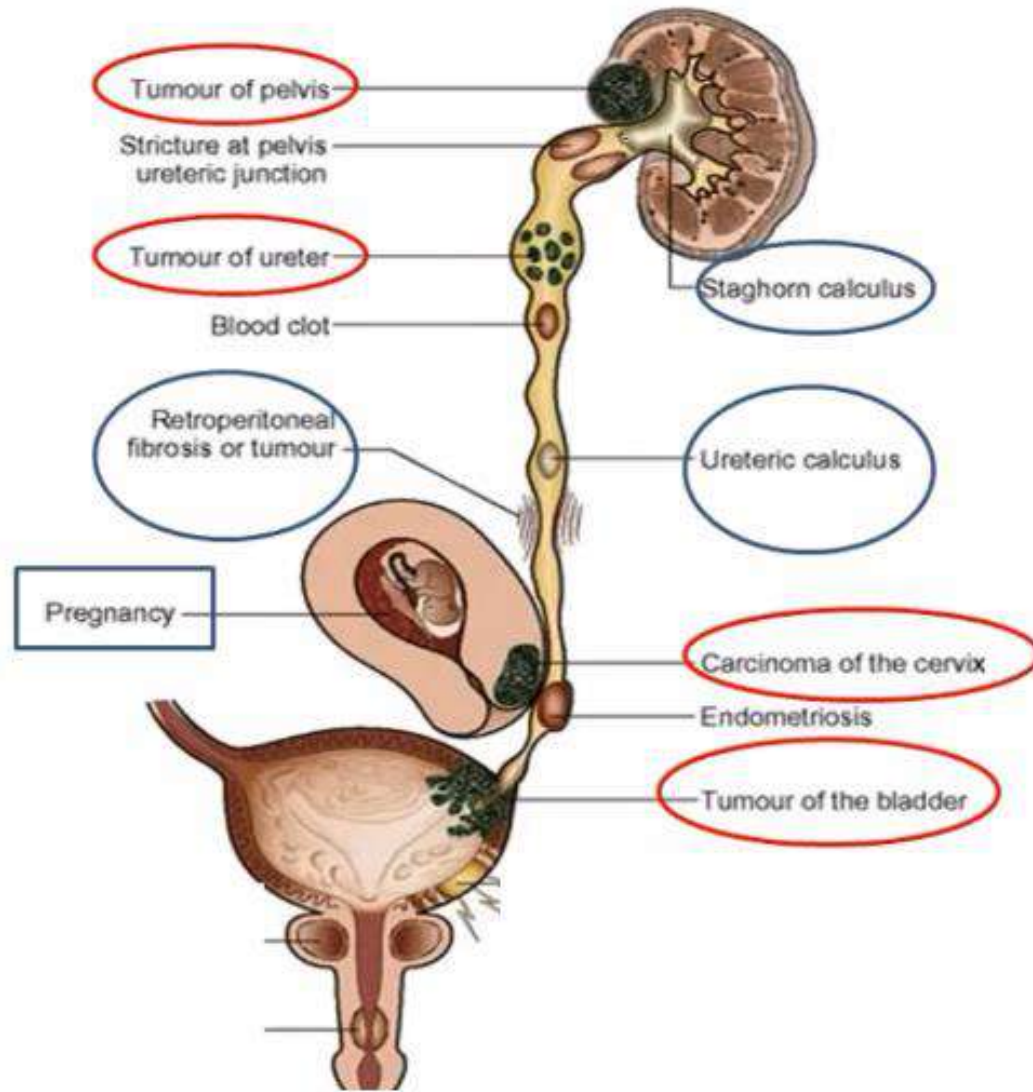


- ETIOLOGIE lithiasique
- Si rein unique avec migration d'un calcul
- Si migrations des calculs bilatéralement, rares
 - d'origine métabolique (urique , diabète, hyperparathyroïdie)
 - d'origine mdct (chimio , indinavir).



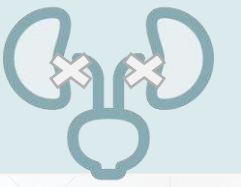
- **La fibrose rétro péritonéale**
- Sclérofibrose du tissu adipeux rétro péritonéal surtout le promontoire , compression extrinsèque
- **Bénigne** : Idio, mdies de syst, anévrisme de l'aorte, iatro, mdct (amphét ,ergotamine, methysergide ,Ldopa, haloperidol, reserpine)
- Maligne : sarcomes rétro péritonéaux.
- Dgc+: TDM ou IRM mise en évidence de **la plaque de fibrose**







- **Correction des troubles métaboliques**
- **Drainage en urgence du haut appareil urinaire**
- **Surveillance de la diurèse**
- **Traitement étiologique**

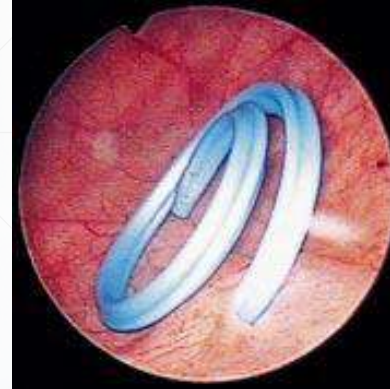
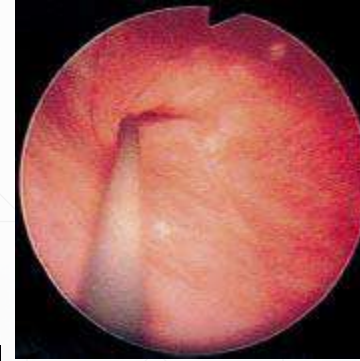
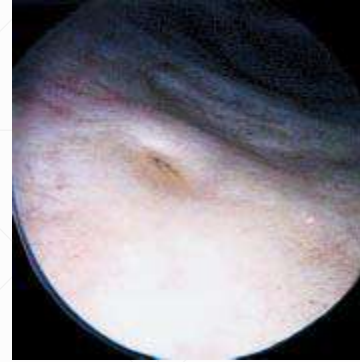


- Sonde JJ
- Sonde urétérale
- Néphrostomie
- Chirurgie conventionnelle



■ Sonde JJ

- Avantages:
 - tolérance,
 - prolongée
- Inconvénients :
 - surveillance difficile
- Cpc:
 - obst, incrust, déplacement, hématurie
- Indication :
 - 1^{ere} indication, pas d'infection

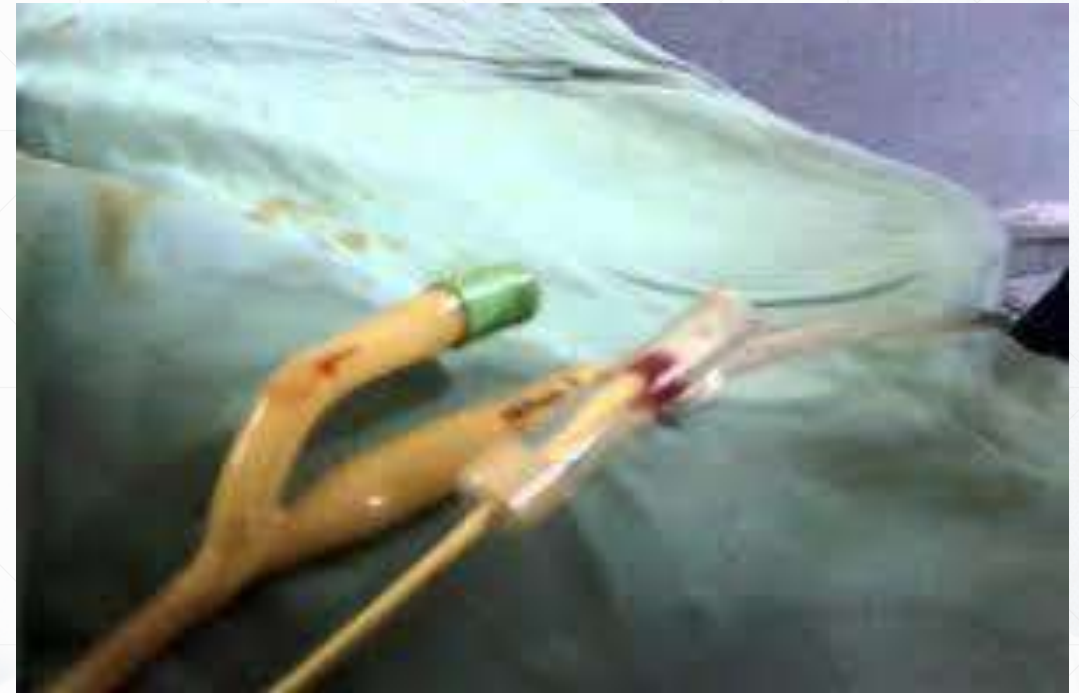


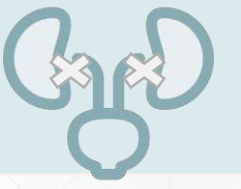




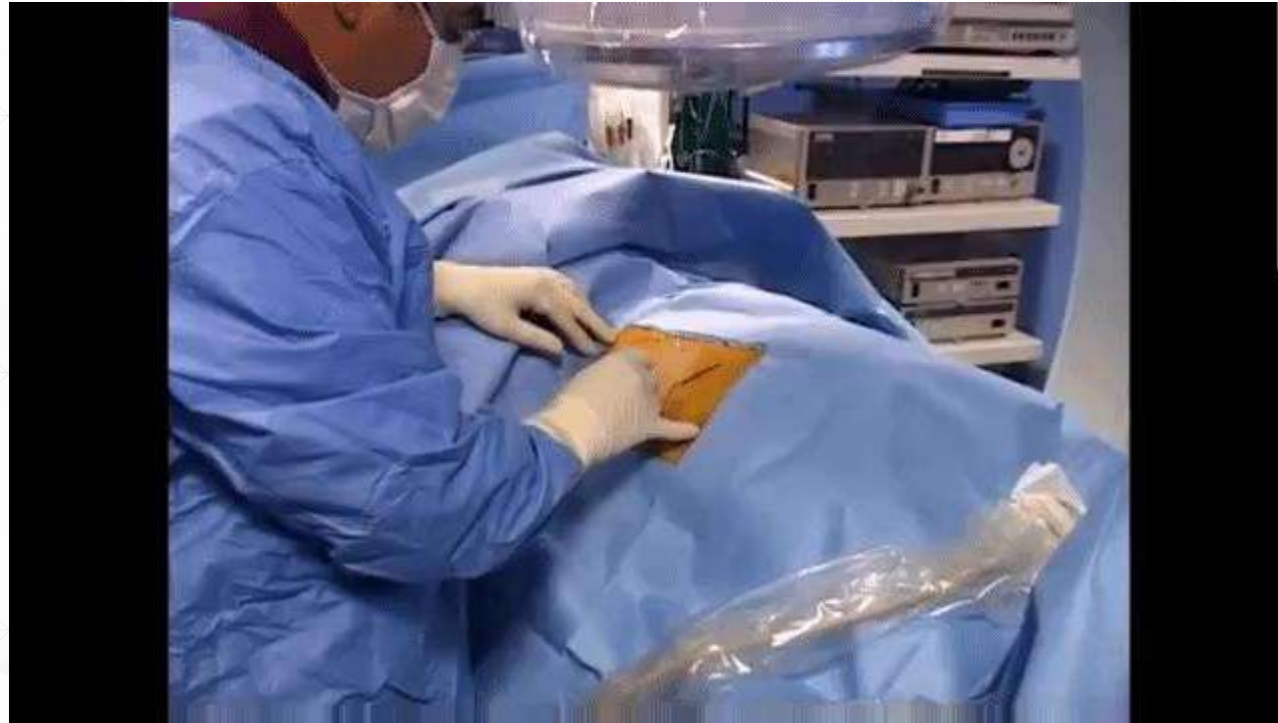
■ Sonde urétérale

- **Avantage:**
 - surveillance ext , diminuer le risque d obstruction donc indiqué si infection.
- **Inconvénient :**
 - temporaire , mal toléré car utilise une poche externe
- **Cpc :**
 - déplacement
- **Indication :**
 - 1ere intention si infection



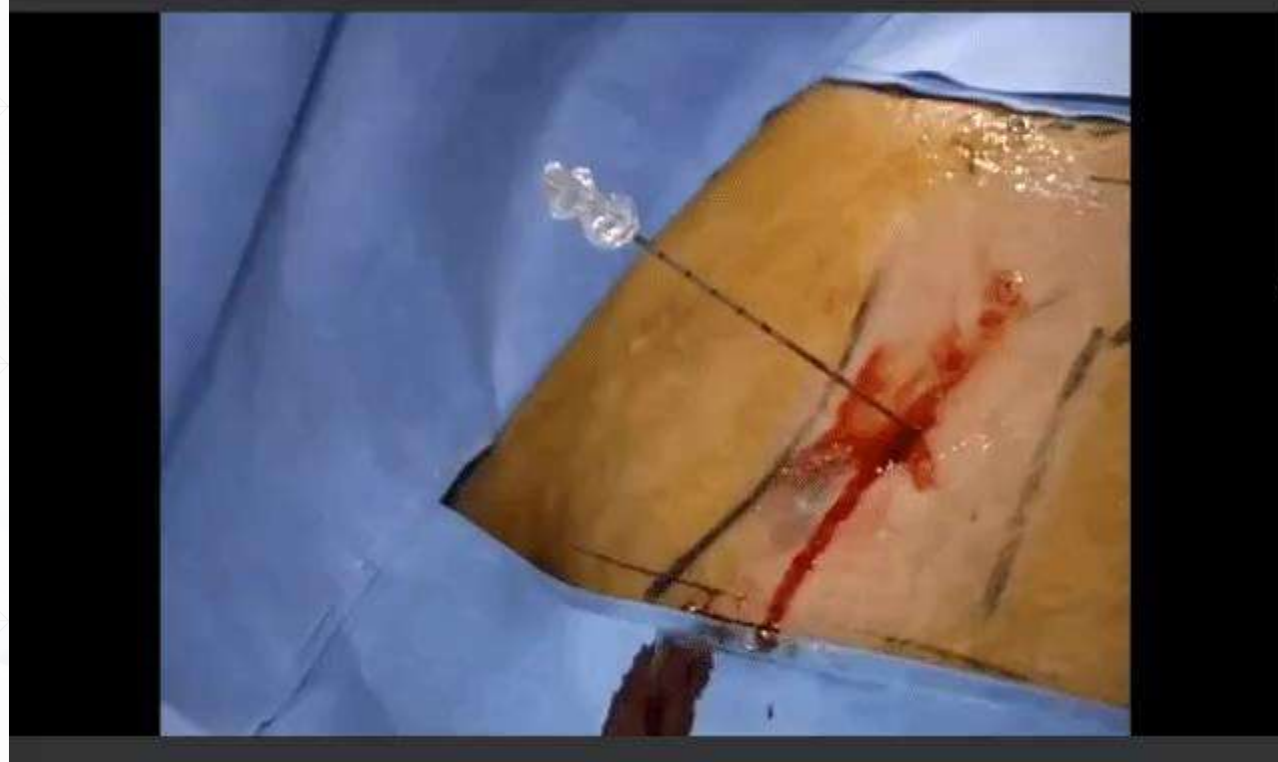


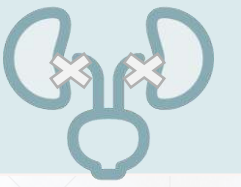
- Sonde de néphrostomie



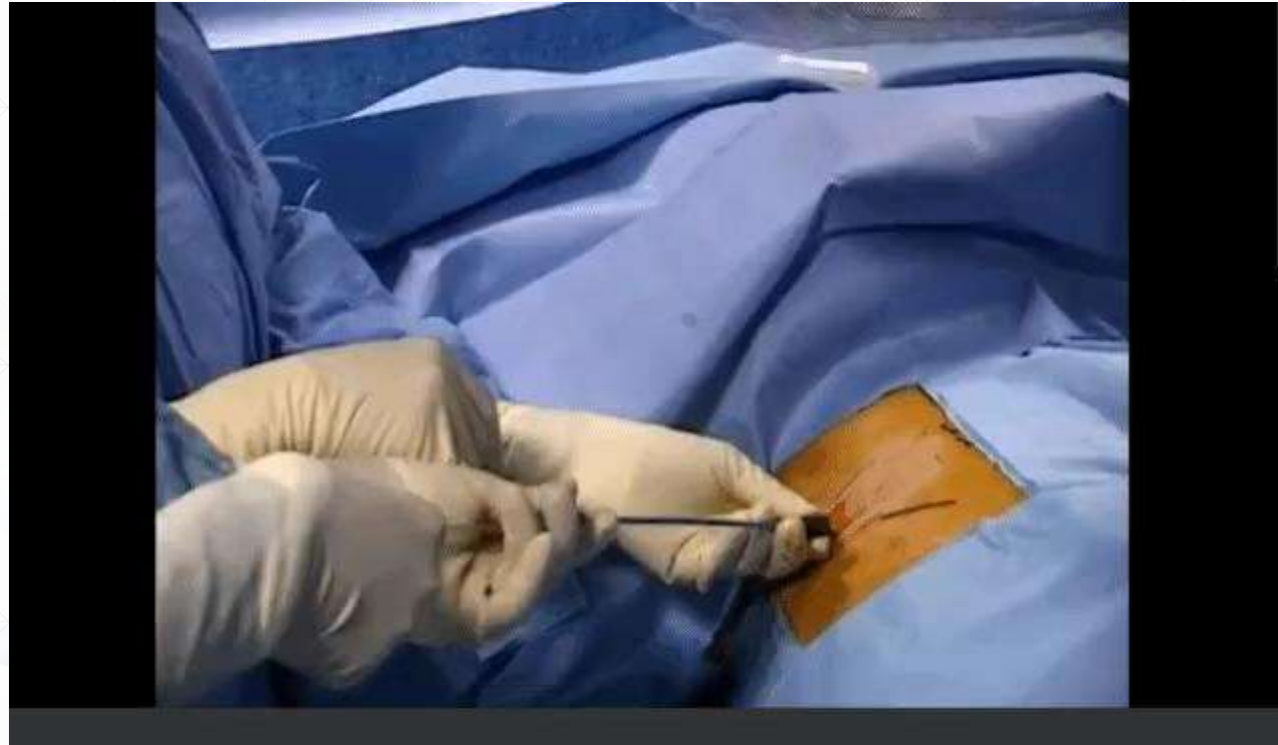


- Sonde de néphrostomie





- Sonde de néphrostomie



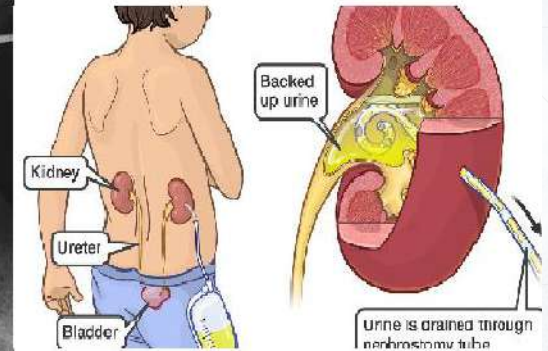


■ Sonde de néphrostomie

- **Avantage:**
 - sous anesthésie locale, surveillance ext , diminue le risque d'obst , succès ds 95%
- **Inconvénients:**
 - temporaire , mal tolérée , CI si tbl de la coag.
- **Cpc :**
 - hgie , déplacement
- **indications:**
 - **échec du drainage rétrograde**
 - **1 ère intention dans certains centres.**



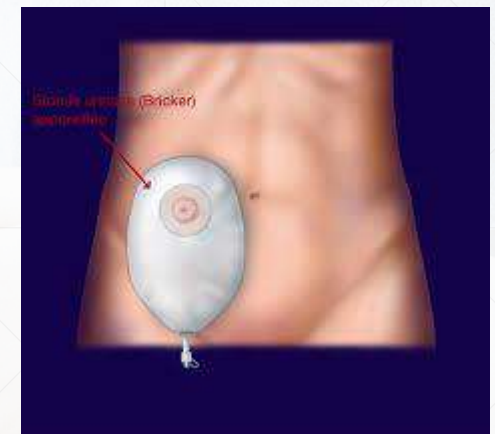
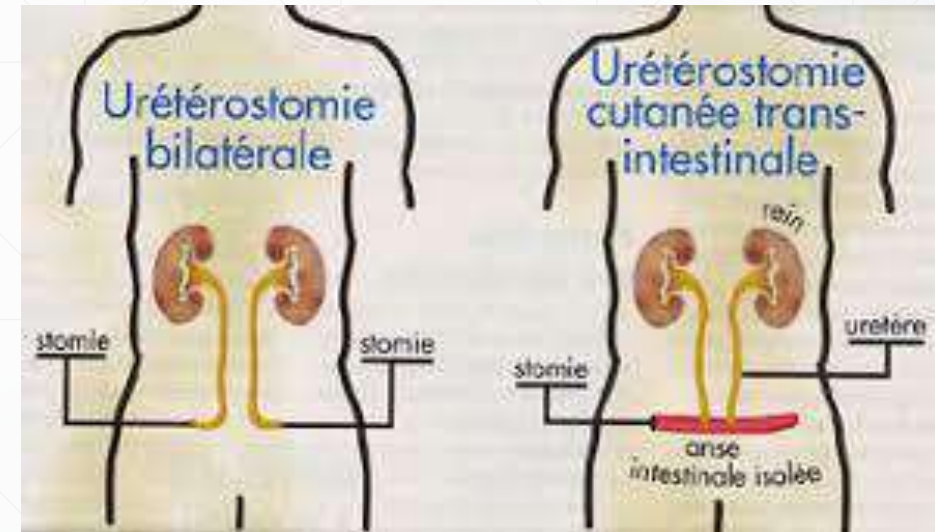
Pyélographie antégrade par sonde de néphrostomie





■ Chirurgie conventionnelle

- Si drainage endoscopique ou percuté impossible
- D'emblée dans certains cas de cancers
- Par **nephrostomie chirurgicale** ou **urétérostomie transcutanée définitive**



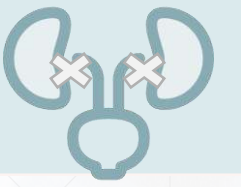


- Obligatoire
- confirme l'efficacité du drainage
- La qualité des urines (infection)
- Dépiste le **syndrome de levée d'obstacle** : hyper diurèse secondaire à la perte du pouvoir de concentration des urines de l'un ou des 2 reins qui aboutit à la **déshydratation majeur et décès par collapsus** . Ce qui impose une adaptation des pertes hydro électrolytiques.
- **Surveillance de l'ionogramme** (hyponatrémie)



- Madame R. KARIMA âgée de 35 ans se présente un samedi soir aux urgences où vous êtes de garde, pour douleurs lombaires gauches depuis 24 heures accompagnées de vomissements. Elle vous précise qu'elle n'a pas eu de miction depuis plusieurs heures.
- Elle vous explique qu'elle a déjà présenté des « crises » similaires, avec un rein détruit à droite ayant été retiré vers ses 19 ans. Elle ne prend pas de contraception. Elle ne prend pas de traitement particulier.





Question 1

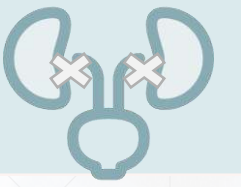
Comment **affirmer** l'anurie ?

- 1/ La présence d'un globe vésical
- 2/ Absence du besoin d'uriner
- 3/ Un arrêt total de la diurèse
- 4/ Diurèse 200 cc/24h





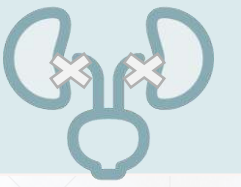
- L'examen clinique de notre patiente retrouve :
Cicatrice de lombotomie, douleur de la fosse lombaire, Les touchers pelviens: R.A.S , la vessie est vide ou ne contient que quelques millilitres d'urines au sondage.



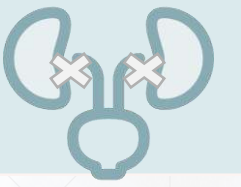
Question 2 : Quelle sera votre CAT ?

- 1/ Drainage par un cathéter sus-pubien
- 2/ Faire un bilan rénal
- 3/ Ionogramme urinaire
- 4/ Soulager la douleur
- 5/ ECG





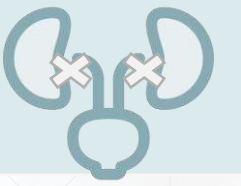
- Un sondage vésical, SV : 100 cc, créatininémie à 110 mg/l , urée à 3 g/l, K⁺: 7,2 mEq/l
- ECG : Onde T pointue



Question 3 : Quelle sera votre CAT ?

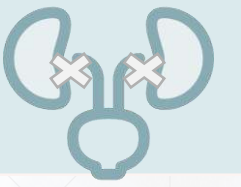
- 1/ Libérer la patiente avec un traitement antalgique
- 2/ Drainage de la VE
- 3/ Hospitalisation
- 4/ Dialyse péritonéale en urgence





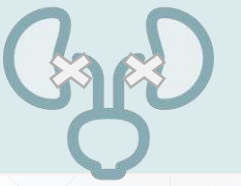
- On vous appelle pour monsieur Tahar âgé de 68 ans, HTA, Diabète sous TRT et qui présente une anurie depuis 36 ans.

■ **CAT ??????**

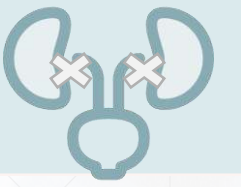


- Examen clinique trouve un patient inconscient ,
fébrile à 38,5 ° , TA: 10/5 , FC: 105

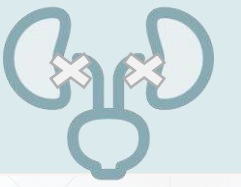
■ **CAT ?**



- Examen clinique ne trouve pas de globe vésical !
- Bilan rénal fait: Créat : 2 fois la normale , urée : 2 g/l K+ : 4,5 mEq/l
- Une échographie A/P: UHN Bilat sans obstacle écho décelable ?

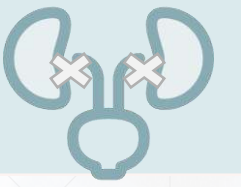


- 1/ demander scanner sans injection
- 2/ IRM pelvienne
- 3/ Drainage en urgence

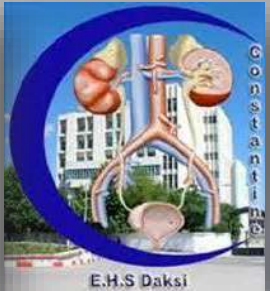


- ECG fait !!!
- Onde T pointue
- Patiente a bénéficié d'une séance d'HMD
- Réanimation HE

- CAT ???



- Un scanner sans injection a été fait, tumeurs de vessie multifocales, circonférentielles
- CAT ??



JE VOUS REMERCIE DE VOTRE ATTENTION

Support de cours sous forme PDF.

Veillez scanner ce code QR →

ou télécharger le cours en tapant le lien suivant:

www.qrco.de/ira2021

