

Conduite à tenir devant une IRA obstructive : (Dr.Kara)

PLAN :

- Introduction.
- Définition.
- Physiopathologie; et principaux types d'IRA.
- Diagnostic.
- Prise en charge thérapeutique.
- Conclusion.
- Référence.

I. INTRODUCTION :

- L'insuffisance rénale aiguë (IRA) obstructive correspond aux insuffisances rénales dues à une obstruction aiguë des voies urinaires à l'étage supra vésical, survenant de façon bilatérale ou sur rein unique anatomique ou fonctionnel.
- Ce type d'IRA est dit « post-rénal » car son étiologie se situe en aval des reins.
- Elle représente 2 à 10 % des causes d'IRA.
- Sa découverte nécessite une prise en charge médico-chirurgicale en urgence. La suppression précoce de l'obstacle conditionne la réversibilité de l'insuffisance rénale.
- Le but du traitement initial est de lever l'obstacle en gérant en parallèle les complications de l'IRA et d'orienter la prise en charge ultérieure de l'étiologie de l'obstacle.

II. DEFINITION :

- L'insuffisance rénale aiguë (IRA) se définit par une diminution rapide du débit de filtration glomérulaire (DFG) ayant pour conséquence une défaillance de la fonction rénale **antérieurement stable**.
- L'IRA se caractérise par l'apparition de complications qui résultent de l'impossibilité des reins à assurer l'homéostasie hydro-électrolytique et acido-basique et à éliminer les déchets produits par l'organisme.

***PHYSIOPATHOLOGIE ET PRINCIPAUX TYPES D'IRA**

- L'IRA obstructive ou post rénale,(10 % des IRA), est en rapport avec un obstacle sur le haut appareil urinaire. L'obstacle intrinsèque ou extrinsèque, peut être double et siéger sur la voie excrétrice des deux reins ou unique et siéger sur celle d'un rein unique anatomique ou fonctionnel.
- Un obstacle sur la voie excrétrice supérieure, aigu ou chronique, entraîne un arrêt de la diurèse puis une augmentation de la pression d'amont dans les tubules rénaux et un blocage de la filtration glomérulaire. Dans les obstructions aiguës complètes, la diurèse s'effondre en quelques heures si l'obstacle est unilatéral, plus lentement s'il est bilatéral.
- En l'absence de levée rapide de l'obstacle, des lésions irréversibles du parenchyme rénal peuvent apparaître. La possibilité de récupération de la fonction rénale est généralement inversement liée à la durée de l'obstruction.
- Les autres causes d'IRA, donc non obstructives, comprennent:
 - l'IRA fonctionnelle ou pré rénale (25 % des cas).
 - l'IRA organique ou parenchymateuse (65 % des cas).

III. PRINCIPALES CAUSES D'IRA OBSTRUCTIVES:

1. Lithiases urinaires : Calcul unilatéral sur rein fonctionnel unique ou lithiases bilatérales.
2. Pathologies tumorales :
 - Adénome de la prostate.
 - Cancer de la prostate.
 - Cancer du col utérin.
 - Tumeurs de la vessie.
 - Cancer du rectum, de l'ovaire et de la vessie.
 - Métastases rétropéritonéales (rares).
3. Pathologies inflammatoires : fibrose ou liposclérose rétropéritonéale : Attention, la dilatation peut manquer (les voies urinaires sont enserrées dans de la fibrose).

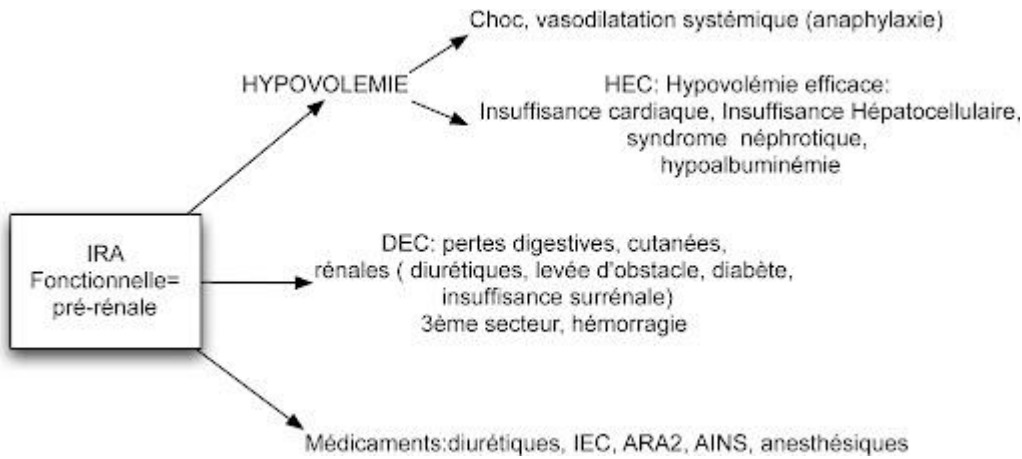
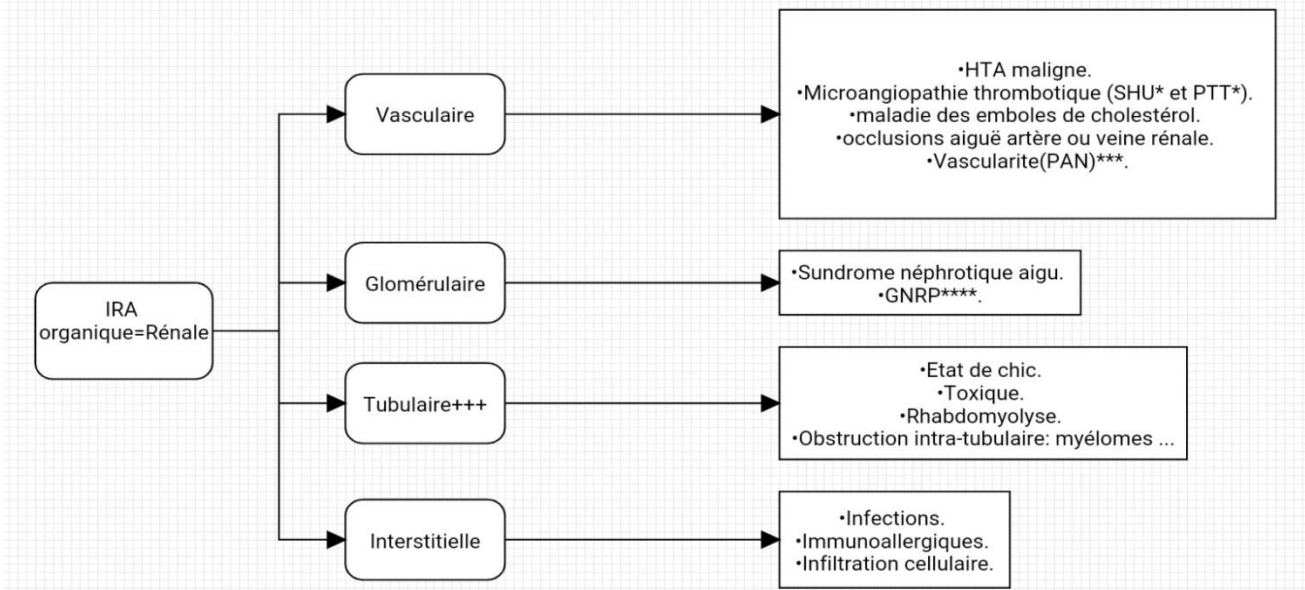


Figure 01 : étiologies d'IRA fonctionnelle.

Figure 02: Étiologies des IRA organiques

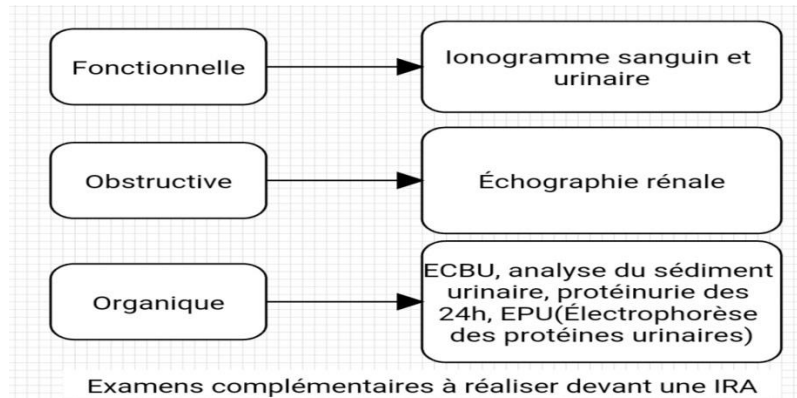


IV. DIAGNOSTIC :

La présentation clinique de l'IRA obstructive varie selon :

- **le terrain.**
- le **site** de l'obstacle.
- la rapidité d'installation et le **caractère complet ou incomplet** de l'obstruction.
- Lorsque l'obstruction est à l'origine de l'insuffisance rénale le patient est souvent **asymptomatique**. A l'inverse une IRA obstructive est en général symptomatique, la **douleur** traduisant la distension de la vessie, de l'arbre urinaire ou une hydronéphrose.
- L'examen radiologique prescrit en première intention est **l'échographie**.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES



V. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

✚ Traitement d'urgence:

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

✚ Traitement étiologique : en fonction de la cause .

✓ Traitement d'urgence:

○ Correction des troubles métaboliques:

- Il faut tout d'abord corriger les troubles métaboliques, en urgence, avant tout geste chirurgical, s'ils engagent le pronostic vital. Ils comprennent essentiellement :
 - l'**hyperkaliémie** supérieure ou égale à 6,5 mEq/ml (risque de troubles du rythme cardiaque mortels).
 - l'**hyperhydratation** avec surcharge hydrosodée à l'origine d'un OAP.
 - **acidose majeure** (réserve alcaline inférieure à 10 mmol/l).
- L'épuration extrarénale peut être effectuée soit par hémodialyse, soit, plus rarement, par dialyse péritonéale.

Indications de l'épuration extra-rénale en urgence :

- **Surcharge hydrosodée résistante aux diurétiques et/ou hyperhydratation avec hyponatrémie (troubles de la conscience).**
- **Hyperkaliémie supérieure à 7,5mmol /L ou signes ECG : en association au traitement médicamenteux débuté en urgence.**
- **Acidose avec pH <7,2.**
- **Urée supérieure à 40 mmol/L et créatininémie supérieure à 1000 umol/L.**
- **Syndrome urémique : signes neurologiques. vomissements. syndrome**

- Drainage en urgence du haut appareil urinaire:
- ❖ Cette phase thérapeutique est réalisée d'emblée ou après épuration extrarénale en cas de troubles métaboliques mettant en jeu le pronostic vital. Le drainage est effectué :
 - soit par voie rétrograde (sonde urétérale simple ou une sonde double J),
 - soit par néphrostomie percutanée.
 - Chirurgie conventionnelle (exceptionnelle)
- Surveillance de la diurèse:
 - Elle est capitale après le drainage afin de dépister un syndrome de « levée d'obstacle » provoqué par une hyperdiurèse secondaire à la perte de concentrations des urines du (des) rein(s) en amont de l'obstacle.
- ✓ **Traitement étiologique:**
 - envisagé secondairement, une fois la fonction rénale corrigée.

VI. CONCLUSION

- L'IRA obstructive est une urgence médico-chirurgicale
- Il faut dépister des troubles métaboliques nécessitant une correction immédiate ou une épuration extrarénale en urgence
- L'échographie rénale permet de confirmer le diagnostic dans la plupart des cas.
- Le traitement des IRA obstructives comporte trois étapes selon le degré d'urgence :
 - le traitement des troubles métaboliques provoqués par l'IRA.
 - le drainage de la voie excrétrice obstruée.
 - le traitement de la cause de l'obstacle.

VII. Références :

- [1] D. Guerrot. F. Tamion .Insuffisance rénale aiguë obstructive :le point de vue du réanimateur. Elsevier Masson 2012.F19.
- [2] Pr Julien Bohé . Dr Laurent Juillard . Insuffisance rénale aiguë — Anurie. LA REVUE DU PRATICIEN, VOL . 57, 15 NOVEMBRE 2007.p1953.
- [3] F. Sallusto et al. Anurie par obstacle de la voie excrétrice.2011Elsevier Masson.p 1.2.
- [4] Marie-Aimée Perrouin-Verbe, Véronique Phé Item 343 (Item 252) - Insuffisance rénale aiguë - anurie .
- [5] D. Guerrot. F. Tamion .Insuffisance rénale aiguë obstructive :le point de vue du réanimateur. Elsevier Masson 2012.F20.
- [6] F. Sallusto et al. Anurie par obstacle de la voie excrétrice.2011Elsevier Masson.p5;6.