

Insuffisance rénale obstructive secondaire à une hypertrophie prostatique : cas recensés dans un service de Néphrologie

Obstructive renal failure secondary to a prostate hypertrophy: cases reported in a Nephrology Unit

R.N. Rabemiarason (1), B. Ramilitiana (1), E.M. Ranivocharisoa (1)*, V.M. Rasaona (1), L.N. Randriamanantsoa (2), H.W.F. Randriamarotia (1)

(1) Néphrologie, HU Joseph Raseta Befelatanana, CHU Antananarivo, Madagascar

(2) Néphrologie, HU Joseph Ravoahangy AndrianaLona, CHU Antananarivo, Madagascar

Résumé

Introduction. L'insuffisance rénale obstructive secondaire à l'hypertrophie prostatique est une affection du tractus urinaire à ne pas écarter chez un homme. Nous décrivons les aspects épidémiocliniques, paracliniques et évolutifs de l'insuffisance rénale obstructive due à l'hypertrophie prostatique dans le service de Néphrologie de Befelatanana à Antananarivo Madagascar.

Patients et méthodes. C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique faite sur une période de 6 ans allant de janvier 2005 à août 2011. Etaient inclus les patients avec une insuffisance rénale liée à une hypertrophie prostatique dans le diagnostic de sortie.

Résultats. Trente huit patients ont été retenus avec un âge moyen de 68,69 ans. Cinquante sept virgule quatre vingt onze pourcent avaient une insuffisance rénale aiguë et 42,11% une insuffisance rénale chronique dont 47,37% avaient une insuffisance rénale modérée. Quarante quatre virgule quatorze pourcent ont été transférés en chirurgie urologique.

Conclusion. L'insuffisance rénale obstructive secondaire à une hypertrophie prostatique est fréquente à partir de 50 ans. Le toucher rectal est un outil très pratique.

Mots-clés : hypertrophie, insuffisance rénale, obstructive, prostate

Abstract

Introduction. Obstructive renal failure secondary to prostatic hypertrophy is one affection that remains topical. We describe the epidemiological, paraclinical, therapeutic and evolutionary aspects of obstructive renal failure due to prostatic hypertrophy in the Nephrology Unit of Befelatanana hospital in Antananarivo, Madagascar.

Patients and methods. It is a retrospective, descriptive and analytical study over a period of 6 years from January 2005 to August 2011.

Results. Thirty-eight patients were selected. The average age was 68.63 years old. Fifty seven point eighty nine percent had acute renal failure and 42.11% with chronic renal failure. The majority of our patients have a moderate renal insufficiency (47.37%). Forty four point seventy four percent was transferred in urology.

Conclusion. Obstructive renal failure secondary to a prostatic hypertrophy is common for all men over age 50. Digital rectal examination is a useful tool.

Key words: hypertrophy, obstructive, prostatic, renal failure

Introduction

L'insuffisance rénale obstructive est due à l'obstruction des voies urinaires survenant de façon bilatérale ou unilatérale sur rein unique anatomique ou fonctionnel [1]. L'obstruction peut être aiguë ou chronique, partielle ou complète, intrinsèque ou extrinsèque. L'obstruction des voies urinaires peut s'opposer à la filtration glomérulaire et est responsable de lésions tubulointerstitielles voire une atteinte parenchymateuse rénale irréversible. Cette obstruction des voies urinaires représente 2 à 10% des causes des insuffisances rénales aiguës [2,3]. L'hypertrophie prostatique, très fréquente à Madagascar, est l'une des étiologies de cette obstruction des voies urinaires. Peu d'études malgaches étaient effectuées concernant l'insuffisance rénale obstructive [4].

L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiocliniques, paracliniques et évolutifs de l'insuffisance rénale obstructive due à l'hypertrophie de la

prostate dans le service de Néphrologie clinique de Befelatanana, Antananarivo.

Patients et méthode

C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique faite sur une période de 6 ans allant du mois de janvier 2005 au mois d'août 2011, réalisée dans le service de Néphrologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo. Elle incluait tout dossier de patient ayant une insuffisance rénale obstructive : liée à une hypertrophie prostatique. Ont été exclus les dossiers à paramètres incomplets et le cas avec évidence d'autre cause d'élévation de la créatininémie. Les variables analysées étaient l'âge, les signes cliniques, la créatininémie, le débit de filtration glomérulaire, les signes échographiques, les traitements et le mode de sortie. Le diagnostic a été fait se-

lon les critères suivants : une dégradation de la fonction rénale avec une valeur de la créatininémie > à 100 µmol/L et une augmentation de la taille de la prostate au toucher rectal et à l'échographie prostatique. Le caractère obstructif a été retenu sur la présence à l'échographie d'une dilatation des voies excrétrices. L'insuffisance rénale aiguë (IRA) était confirmée par le retour à la normale de la fonction rénale après levée d'obstacle [5]. L'insuffisance rénale chronique (IRC) était définie par les stigmates cliniques et paracliniques de chronicité [6].

Résultats

Nous avons colligé 38 cas d'insuffisance rénale obstructive sur hypertrophie prostatique sur 58 patients ayant une hypertrophie prostatique durant la période d'étude soit une fréquence de 65,51%. Vingt deux patients (57,89%) avaient l'insuffisance rénale aiguë (IRA) et 16 (42,11%) avec insuffisance rénale chronique (IRC). L'âge moyen était de 68,63 ans avec des extrêmes de 49 et 88 ans (Tableau I).

Tableau I. Répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge (ans)	Effectifs (n=38)	Proportion (%)
≤ 50	1	2,63
]50 – 60]	6	15,79
]60 – 70]	10	26,32
]70 – 80]	19	50
]80 – 90]	2	5,26

Les signes cliniques uro-néphrologiques étaient des troubles mictionnels (dysurie, pollakiurie, nycturie) dans 35 cas (92,11%), une douleur lombaire dans 13 cas (34,21%), une rétention hydro-sodée dans 10 cas (26,32%), un globe vésical dans 7 cas (18,42%) et une hématurie microscopique dans 6 cas (15,79%). La diurèse de 24 heures était > 500 ml chez la moitié des patients (50%), < 100 ml chez 2,63%. Au toucher rectal, la prostate était augmentée de taille chez les 52,63% des patients, elle était ferme et régulière chez 39,47% et nodulaire chez 13,16% des patients.

Sur le plan biologique, le dosage de la créatininémie donnait une valeur moyenne de 442,8 µmol/L (Tableau II). Elle était de 212,45 µmol/L pour l'IRA (68 à 1704 µmol/L) et de 673,1 µmol/L pour l'IRC (72 à 2251 µmol/L). Dans l'ensemble de la population, le débit de filtration glomérulaire (DFG) moyen était de 25,66 mL/

mn. Le DFG moyen était de 15,08 mL/mn pour l'IRC (Tableau III).

Tableau II. Répartition selon la créatininémie chez les insuffisants rénaux aigus.

Créatininémie (µmol/L)	Effectifs (n=22)	Proportion (%)
≤ 100	5	22,73
] 100 – 500]	14	63,63
] 500 – 1000]	1	4,55
> 1000	2	9,09

Tableau III. Répartition des patients selon le DFG chez les insuffisants rénaux chroniques DFG (ml/mn).

DFG (ml/mn)	Effectifs (n=16)	Proportion (%)
≤ 15	9	56,25
] 15 – 30]	4	25
> 30	3	18,75

Sur le plan échographique, la prostate était d'échostructure homogène chez 81,58% (n=31). Le volume moyen de la prostate était de 56,91 cm³, le poids moyen était de 59,77 g (Tableau IV). A l'échographie rénale, 84,21% (n=32) avaient une taille rénale normale et 6 avaient une taille rénale augmentée, sans dilatation pyélo-calicielle chez 60,53% (n=23) et hydronéphrose vue chez 15 patients ; une conservation de la différenciation cortico-sinusale était vue chez 73,68% des patients (n=28).

Tableau IV. Répartition des patients selon le volume et le poids de la prostate.

Poids (g)	Effectif n=38 (%)	Effectif n=38 (%)
≤40	8 (21,05)	8 (21,05)
]40 – 60]	16 (42,11)	14 (36,84)
]60 – 80]	8 (21,05)	8 (21,05)
]80 – 100]	4 (10,53)	5 (13,16)
>100	2 (5,26)	3 (7,9)

Dans notre étude, 17 patients (44,74%) ont été transférés vers un service de chirurgie urologique, 13 (34,2%) avaient bénéficiés d'un sondage vésical, 4 (10,53%) avaient pris des alpha-bloquants à visée

prostatique et 4 (10,53%) n'avaient pas reçu de traitement à visée urologique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,1 jours (de 1 à 24 jours). Nous avons eu 4 cas de décès dans notre série, de cause non uro-néphrologique (10,53 %).

Discussion

Une hypertrophie prostatique était fréquemment associée à une insuffisance rénale obstructive ; dans notre étude : l'insuffisance rénale était de 65,51% parmi les cas d'obstacle prostatique, reflétant que nos patients ne sont vus qu'à un stade avancé de leur problème prostatique, soit par ignorance des symptômes prostatiques, soit par négligence ou encore le contexte économique qui retarde l'admission à l'hôpital pour la suppression précoce de l'obstacle (qui conditionne la réversibilité de l'insuffisance rénale).

L'âge moyen de nos patients était de 68,63 ans rejoignant les cas rapportés dans différentes études africaines [7] et françaises [8]. Ceci pourrait être dû au fait que les pathologies prostatiques touchent beaucoup d'hommes au-delà de 50 ans.

Sur le plan clinique, les troubles au niveau du bas appareil urinaire dominaient, qui auraient pu attirer l'attention du patient et facilitant la reconnaissance de la maladie car dans l'étude de Badmus *et al.*, les troubles mictionnels ont été aussi notifiés chez 82,5% de leurs patients [9].

Concernant la créatininémie, sa valeur moyenne était de 442,8 $\mu\text{mol/L}$. Dans l'estimation de la fonction rénale, le DFG moyen était de 25,66 ml/mn. Dans une étude faite par Rakotiana *et al.*, un DFG inférieur à 15 ml/mn était retrouvé dans 85,71% [4]. Pour l'équipe de Lagou en Côte d'Ivoire, 22,64% de leurs patients avaient présenté une insuffisance rénale sévère [10]. Le point commun étant la sévérité de l'insuffisance rénale : soit par ignorance des symptômes prostatiques, soit par négligence ou encore le contexte économique qui retarde l'admission à l'hôpital. L'IRA dominait largement devant l'IRC, par le fait que les sujets âgés sont vulnérables à l'IRA et que l'hypertrophie prostatique s'accroît avec l'âge [11].

L'échographie rénale et prostatique aide énormément à cause de sa disponibilité, son coût relativement accessible et sa spécificité entre 80 et 100% [12] ; mais l'absence de dilatation n'élimine pas une origine mécanique de l'atteinte rénale. Elle a permis de rapprocher le diagnostic étiologique de l'obstruction par la présence de dilatation pyélo-calicielle vue chez 21,05% de nos patients contre 100% des patients étudiés par Rakotiana *et al.* [4] et 87,47% des cas de l'équipe de Sacks [13]. Nos patients sont vus assez précocement, ce qui concorde avec une fonction rénale peu détériorée par rapport aux autres études. L'échographie rénale analyse également la taille des reins qui était normale chez 84,21% de nos patients avec une conservation de la différenciation cortico-sinusale chez 73,68% des résultats. L'échographie prostatique montrait une pros-

tate homogène chez 81,58% des patients, son volume moyen était de 56,91 cm^3 contre 35 cm^3 chez une étude menée par Critz *et al.* aux Etats-Unis.

Le traitement classique est de lever l'obstacle le plus rapidement possible et de traiter l'étiologie : 44,74% de nos patients étaient transférés en chirurgie urologique pour une meilleure prise en charge radicale. Devant une hypertrophie bénigne de la prostate, l'alphabloquant constitue le traitement de première intention chez les patients symptomatiques [14] : pris par 10,53% de nos patients. Le coût exorbitant de ce traitement diminue son accessibilité pour la population malgache à faible revenu.

La mortalité de nos patients était de 10,53%, attribuée à différents facteurs, mais le caractère rétrospectif de cette étude ne nous permettait pas d'avoir des données fiables sur les circonstances conduisant le décès de chaque patient.

Quelques limites se trouvaient dans notre étude. A cause du caractère rétrospectif et l'étude sur dossier, la documentation manque sur la nature maligne de l'hypertrophie : le dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) n'était pas disponible dans tous les dossiers ainsi que le résultat de l'histologie obtenue par biopsie prostatique ou exérèse chirurgicale. Le suivi des patients avec les créatininémies qui ne revenaient pas moins de 100 $\mu\text{mol/L}$ n'était pas documenté dans les dossiers lors de la période des dépouillements. L'étude de la relation entre le volume de la prostate avec la détérioration n'était pas rapportée avec plus de précision.

Conclusion

L'insuffisance rénale obstructive secondaire à une hypertrophie prostatique est fréquente, à faire connaître aux consultants à partir de 50 ans lors des premiers contacts aux équipes soignantes. Les signes cliniques sont classiques et le toucher rectal est un outil très pratique, confirmation par l'échographie et les explorations recommandées pour le tractus urinaire. Les études prospectives et de cohortes verront le jour probablement dans notre pays pour compléter les quelques limites de notre étude.

Références

1. Programme Alimentaire Mondial. La Faim et la Santé: Collection-La Faim Dans Schrier RW, Wang W, Pool B, *et al.* Acute renal failure : definitions, diagnosis, pathogenesis and therapy. *J Clin Investigation* 2004; 114(1): 5 - 14.
2. Guerrot D, Tamion F. Insuffisance rénale aiguë obstructive : le point de vue de réanimateur. *Progrès en Urologie – FMC* 2013 ; 23: F19 – F22.
3. Lameire N, Van Biesen W, Vanholder R. Acute renal failure. *Lancet* 2005; 365: 417 – 30.
4. Rakotiana AF, Ramorasata AJC, Rakotomena SD, *et al.* Anurie obstructive à propos de 42 cas consécutifs. *Rev Anesth Réanim Med Urg.* 2011; 3(1): 32 - 4.

5. Costa de Beauregard MA, Rondeau E. Insuffisance rénale aiguë – Anurie. *Rev Prat* 2004; 54: 82 - 8.
6. Laville M. Insuffisance rénale chronique. *Rev Prat* 2001; 51: 1833 - 42.
7. Traore CB, Kamate B, Toure ML, *et al.* Aspects anatomo-pathologiques, cliniques et radiologiques des tumeurs bénignes de la prostate au Mali : à propos de 759 cas. *Mali Médical* 2006; 21(4): 32 - 4.
8. Hamdi A, Hajage D. Insuffisance rénale aiguë obstructive en réanimation : étude rétrospective sur 10 ans. 38^e congrès 2010. Paris.
9. Badmus TA, Adeounkani AR, Yusuf BM. Burden of prostate cancer in South-western Nigeria. *Urology* 2010; 76(2): 412 - 6.
10. Lagou DA, Coulibaly PN, Tia WM, *et al.* L'insuffisance rénale obstructive dans le service de Néphrologie du CHU de Youpougon. *Rev Int Sc Med* 2014; 16 (3): 224 - 7.
11. Yilmaz R, Erdem Y. Acute kidney injury in the elderly population. *Int Urol Nephrol* 2010; 42(1): 259 - 71.
12. Grandjacques C, Peillon D, Benjelid K, *et al.* Insuffisance rénale anurique par lithiase urétérale bilatérale. *Ann Fr Anesth Réanim* 1997; 16(4): 378-80.
13. Sacks SH, Aparicio SAJR, Bevan A, *et al.* Late renal failure due to prostatic outflow obstruction: a preventable disease. *B Med J* 1989; 298: 156 - 9.
14. Steers WD, Burkhardt Z. Benign prostatic hyperplasia. *Disease - a- Month* 1995; 41(2): 441 - 8.