



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Mise au point sur la prise en charge des calculs du rein en 2013. Comité Lithiase de l'Association française d'urologie



Update for the management of kidney stones in 2013. Stone group comity of the French association of Urology

X. Carpentier^{a,*}, P. Meria^b, K. Bensalah^c,
E. Chabannes^d, V. Estrade^e, E. Denis^f, L. Yonneau^g,
P. Mozer^h, H. Hadjadjⁱ, A. Hoznek^j, O. Traxer^k

^a Service d'urologie, hôpital Archet 2, 151, route de Saint-Antoine-de-Ginestière, BP 1069, 06002 Nice cedex 1, France

^b CHU Saint-Louis, 75010 Paris, France

^c CHU de Rennes, 35203 Rennes, France

^d CHU de Besançon, 25030 Besançon, France

^e CHR d'Angoulême, 16000 Angoulême, France

^f CHU Lyon-Sud, 69004 Lyon, France

^g Hôpital Foch, 92150 Suresnes, France

^h CHU Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

ⁱ 77400 Lagny-sur-Marne, France

^j CHU Mondor, 94010 Créteil, France

^k CHU Tenon, 75020 Paris, France

Reçu le 3 février 2013 ; accepté le 26 septembre 2013

Disponible sur Internet le 22 novembre 2013

MOTS CLÉS

Calcul ;
Rein ;
Endoscopie ;
Traitement ;
Urine ;
Recommandations

Résumé Depuis la publication des dernières recommandations de l'AFU sur la prise en charge des calculs rénaux, les pratiques ont beaucoup évolué. Ce texte fait le point sur les mises à jour des traitements des calculs rénaux. Ce sont surtout les avancées spectaculaires dans le domaine de l'urétérorénoscopie souple-laser qui ont modifié les pratiques. La néphrolithotomie percutanée s'est enrichie d'artifices techniques et la lithotritie extracorporelle a confirmé sa place prédominante en première intention. Pour les calculs de moins de 20 mm, la lithotritie extracorporelle est le standard avec dans certains cas la possibilité de recommander une urétéroscopie souple en première intention (calculs durs, multiples, troubles de la coagulation associés, anomalies anatomiques ou souhait du patient). Pour les calculs de plus de 20 mm, la néphrolithotomie percutanée est le traitement standard seule ou en association, mais en

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : carpentier.x@chu-nice.fr (X. Carpentier).

option l'urétéroscopie souple et la lithotritie extracorporelle sont possibles. Les calculs résiduels de moins de 5 mm et asymptomatiques justifient d'une simple surveillance radiologique régulière. La chirurgie ouverte pour calcul devient exceptionnelle, la coelioscopie conserve un intérêt en cas d'anomalie associée (syndrome de jonction, diverticule, anomalie anatomique). Le traitement effectué, il faut recueillir les fragments de calculs pour une analyse morpho-constitutionnelle et réaliser un bilan métabolique, faire une enquête étiologique et donner des conseils diététiques afin de prévenir la récurrence.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Stone;
Kidney;
Endoscopy;
Treatment;
Urine;
Guidelines

Summary Since the publication of the latest recommendations of the Lithiasis Comity of the French Association of Urology (CLAFU) on the management of ureteral and renal stones, practices have evolved. This text provides an update for the treatment of kidney stones. It is especially the important advances in the field of laser-ureterorenoscopy that changed practices. Percutaneous nephrolithotomy has been enriched by technical modifications and extracorporeal shockwave lithotripsy confirmed its predominant place in the first line of treatment. For stones less than 20 mm, extracorporeal lithotripsy remains the standard, but in some cases the possibility of recommending a flexible ureterorenoscopy is possible in first line. For stones more than 20 mm, percutaneous nephrolithotomy is the standard treatment, but optional flexible ureteroscopy and extracorporeal lithotripsy are possible. The treatment carried out, collect the stone fragments for a morpho-constitutional analysis and achieve a metabolic evaluation is necessary, to investigate etiologic and give dietary advices to prevent recurrence.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Depuis la publication des dernières recommandations de l'AFU sur la prise en charge des calculs rénaux, les pratiques ont considérablement évolué. La lithotritie extracorporelle (LEC) est un traitement de référence et ses indications sont bien codifiées. La chirurgie percutanée (NLPC) conserve une place prépondérante dans le traitement des calculs coralliformes et complexes du rein. L'urétérorénoscopie souple (URSS) s'est développée et trouve désormais une place de premier plan dans certaines indications. Nous considérons un patient index pour établir ces recommandations. Ce patient est typiquement porteur d'un calcul du rein non compliqué et possède deux reins fonctionnels. Le plateau technique est supposé complet.

Lithotritie extracorporelle

Généralités pour la LEC

L'apparition de la LEC dans les années 1980 a modifié radicalement la prise en charge des calculs du rein. Les développements récents des machines de dernière génération ont permis d'obtenir des outils ayant une efficacité proche de celle des machines de première génération avec un coût plus faible pour les différentes localisations des calculs. La LEC est réalisable en première intention à tous les âges [1,2]. La LEC peut être utilisée pour traiter la majorité des calculs du rein [3–7]. Cependant, les résultats et les complications varient selon les caractéristiques du calcul : par exemple pour des calculs de plus de 30 mm, on observait seulement 30% de succès et 30% de complications [8].

Les contre-indications de la LEC sont : la grossesse, un obstacle en aval du calcul, l'anévrisme de l'artère rénale

ou de l'aorte, l'infection urinaire non traitée et les troubles de la coagulation non corrigés [9].

Les caractéristiques anatomiques du patient peuvent empêcher la réalisation d'une LEC : malformations orthopédiques, obésité majeure.

Les dispositifs médicaux implantables (pace-maker) ne sont pas une contre-indication à la LEC mais imposent une consultation de rythmologie au décours de la séance [10,11].

L'anatomie de la voie excrétrice urinaire supérieure doit être connue avant une LEC.

Il est recommandé de ne pas dépasser deux séances de LEC pour le même calcul.

La mise en place systématique d'une sonde JJ avant LEC n'est pas recommandée [1].

Les résultats de la LEC dépendent de la taille (ou mieux du volume), du nombre, de la localisation et de la composition supposée des calculs, de la morphologie des cavités pyélocalicielles et de l'expérience de l'opérateur.

Le taux de sans fragment (SF) varie de 30 à 76% selon la taille et la localisation des calculs traités [12,13]. Certains facteurs anatomiques pouvaient influencer les résultats de la LEC pour les calculs caliciels inférieurs [14–19].

Le taux de SF après la LEC dépend de la densité du calcul et de sa nature. Les résultats de la LEC pour les calculs de densité supérieure à 750–1000 unités Hounsfield ou durs (oxalate de calcium monohydraté) sont de 30 à 60% [2,20].

Ces résultats sont à interpréter avec précautions en l'absence de standardisation des critères et des moyens d'évaluation.

Le taux de récurrence après LEC d'un calcul rénal était de 25% à 5 ans [21] et pour les fragments résiduels, le risque de croissance ou de complication était de 20 à 60% à 3 ans [22].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3822769>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3822769>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)