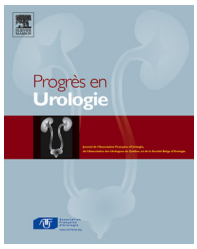
Progrès en urologie (2015) **25**, 18—21

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Prise en charge des faux anévrismes rénaux après néphrectomie partielle

Treatment of pseudoaneurysm following partial nephrectomy

F.-X. Nouhaud[a,*], J. Gas[a], B. Peyronnet[a], M. Roumiguié[a], J.-B. Beauval[a], S. Lagarde[b], M. Soulié[a], P. Rischmann[a], N. Doumerc[a]

[a] *Service d'urologie et transplantation, hôpital Rangueil, centre hospitalier et universitaire de Toulouse, 1, avenue du Professeur-Jean-Poulhes, 31400 Toulouse, France*
[b] *Service de radiologie et imagerie médicale, hôpital Rangueil, centre hospitalier et universitaire de Toulouse, 1, avenue du Professeur-Jean-Poulhes, 31400 Toulouse, France*

Reçu le 18 août 2014 ; accepté le 18 septembre 2014
Disponible sur Internet le 13 octobre 2014

MOTS CLÉS
Néphrectomie partielle ;
Faux anévrisme ;
Artériographie ;
Embolisation ;
Complication chirurgicale

Résumé
Contexte. — La néphrectomie partielle (NP) s'est progressivement imposée comme le traitement de référence des tumeurs rénales de moins de 4 cm, voire de moins de 7 cm. Le nombre de NP réalisées a ainsi augmenté ces dernières années nous confrontant plus fréquemment aux complications de cette chirurgie. Les faux anévrismes (FA) sont rares mais peuvent potentiellement engager le pronostic vital du patient par leur risque hémorragique. Ces FA doivent donc être traités selon une stratégie de prise en charge adaptée.
Méthodes. — Nous avons réalisé une recherche bibliographique sur les cas de FA compliquant une NP rapportés dans la littérature ainsi qu'une mise au point sur les différentes stratégies de prise en charge et leurs résultats.
Résultats. — L'incidence des faux anévrismes est faible, variant de 0,5 à 4 %. Le traitement de référence est l'artério-embolisation utilisée dans 98 % des cas rapportés, avec un succès élevé pour une faible morbidité. Dans certains cas bien sélectionnés il semblerait qu'une surveillance rapprochée puisse être une alternative.
© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : fx_nouhaud@hotmail.fr (F.-X. Nouhaud).

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.09.042
1166-7087/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Partial nephrectomy;
Pseudoaneurysm;
Arteriography;
Embolization;
Surgical complication

Summary
Background. — Partial nephrectomy (PN) has become the gold standard for the treatment of small tumors confined to the kidney. As result, the number of PN procedures increased during the last years. Subsequently, we have more often to deal with the complications of this surgery. Among these, pseudoaneurysms are rare but potentially life-threatening due to a risk of bleeding. Therefore, pseudoaneurysms have to be treated according to a relevant strategy.
Methods. — We performed a literature review of the cases of pseudoaneurysm after PN was reported as well as a focus on the different treatment strategies and their outcomes.
Results. — The incidence of pseudoaneurysm is low, ranging from 0.5% to 4%. Radio-embolization represents the gold standard treatment, used in 98% of the cases reported in the literature, allowing high success rate and rare morbidity. However, in some selected cases, surveillance could be an alternative.
© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La néphrectomie partielle (NP) est le traitement de référence des tumeurs du rein localisées de moins de 4 cm, voire de 7 cm lorsque celle-ci est réalisable [1]. Cette approche conservatrice permet des résultats carcinologiques identiques à la néphrectomie totale pour une moindre perte néphronique [1]. Cela s'est traduit par une augmentation du nombre de NP réalisées ces dernières années [1,2]. Nous sommes ainsi plus fréquemment confrontés aux complications de la NP. Parmi elles, le développement d'un faux anévrisme (FA) sur la tranche de section est rare, mais nécessite une prise en charge adaptée pour prévenir le risque hémorragique pouvant engager le pronostic vital du patient [3]. Nous avons réalisé une recherche bibliographique des différentes prises en charges de FA décrites et de leurs résultats.

Matériel et méthode

Une recherche bibliographique a été réalisée en utilisant le moteur de recherche PubMed et en limitant les résultats aux articles en anglais ou français. Les mots clés utilisés étaient : *partial nephrectomy, pseudoaneurysm, embolization*. Seules les séries de cas et les revues de la littératures ont été retenues, en excluant les cas cliniques.

Épidémiologie

L'incidence des FA après NP est faible [4]. Moins de 150 cas ont été rapportés, avec une incidence de 0,5 à 4% [4,5]. Dans une méta-analyse colligeant 77 cas de FA après NP (13 séries), Jain et al. retrouvaient une incidence de 1,4% [4]. Il s'agissait d'une complication précoce survenant dans un délai moyen de 14,9 jours (1—90) [4,6]. Dans 97% des cas, des symptômes faisaient évoquer le diagnostic [4]. Ainsi l'incidence des FA asymptomatiques demeure mal connue, mais semblerait être supérieure. En effet, l'étude de Takagi et al. retrouvait une incidence de 15% de FA lors d'un TDM systématique entre j3 et j5 postopératoire chez 117 patients traités par NP [7]. Par ailleurs, les effectifs faibles des différentes études limitent l'identification d'éventuels facteurs de risque ou de critères de prise en charge thérapeutique. Cependant, Zhu et al. ont rapporté qu'une taille tumorale supérieure à 2 cm et une localisation médio-rénale étaient associées à un risque accru de FA [8]. De plus, Jain et al. retrouvaient une incidence des FA chez les patients opérés par voie laparoscopique supérieure à celle de ceux opérés par voie ouverte (1,96% vs 1% respectivement $p < 0{,}001$) [4].

Diagnostic

Les symptômes les plus fréquents sont l'hématurie macroscopique (60 à 90%), la douleur du site opératoire ou la déglobulisation [4]. Plus rarement, les patients peuvent présenter un hématome extériorisé (drain ou cicatrice opératoire), voire une hyperthermie [3,5]. L'existence d'un de ces symptômes en période postopératoire d'une NP, notamment au cours des 3 premières semaines, doit faire réaliser un examen d'imagerie à la recherche d'un FA. L'examen radiologique de première intention doit être une tomodensitométrie (TDM) sans et avec injection de produit de contraste [5]. Elle permet d'évaluer la taille du FA, la localisation du FA et l'existence d'un saignement actif avec hématome associé, Fig. 1. Ces différents éléments sont déterminants dans le choix de la stratégie de prise en charge du FA.

Stratégies de prise en charge

Surveillance

La place de la surveillance des FA est mal définie. Si le plus souvent le diagnostic se fait dans un contexte de saignement relevant d'un traitement, il semblerait qu'une surveillance puisse être proposée à certains patients. Ainsi, plusieurs équipes ont rapporté une évolution favorable après une surveillance reposant sur un repos strict au lit avec contrôle clinico-biologique rapproché et contrôle radiologique après 5 à 7 jours [5—7]. La question de la surveillance est d'autant plus pertinente pour les FA de découverte fortuite. Dans l'étude de Takagi, 17 FA étaient asymptomatiques au diagnostic. Dix patients ont eu une embolisation préventive pour des FA de taille $\geq$ 4 mm et 7 patients ont été surveillés

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3826501

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3826501

Daneshyari.com