
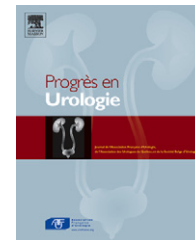




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Lithiase et grossesse

Urolithiasis and pregnancy

C. Saussine^{a,*}, E. Lechevallier^b, O. Traxer^c

^a Service d'urologie, hôpital Civil, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

^b Service d'urologie, hôpital La-Conception, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

^c Service d'urologie, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20, France

Reçu le 28 juillet 2008 ; accepté le 2 septembre 2008

Disponible sur Internet le 18 octobre 2008

MOTS CLÉS

Grossesse ;
Lithiase urinaire ;
Prise en charge

Résumé Le diagnostic d'une lithiase urinaire pendant la grossesse n'est pas plus fréquent que chez la femme non gravide. Cependant, la conduite diagnostique sera différente puisque basée essentiellement sur l'échographie. Le recours à l'imagerie irradiante sera exceptionnel et réalisé en cas de doute échographique et de non-accessibilité à une IRM. La prise en charge thérapeutique prendra soin de la mère et du fœtus, le risque d'accouchement prématuré étant augmenté. Le traitement conservateur sera privilégié en respectant les contre-indications des différents traitements médicaux en rapport avec la grossesse. En cas de situations compliquées, le drainage de la voie urinaire sera proposé en priorité même si le traitement endoscopique du calcul a été montré comme réalisable. Celui-ci sera, en général, proposé avec le bilan étiologique dans le post-partum.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Urolithiasis;
Pregnancy

Summary Diagnosis of urolithiasis during pregnancy is a common condition not more frequent than in non pregnant women. Ultrasonography will be the main tool of diagnosis. If sonography fails, ionizing radiation will be used only if MRI is not available. One must take care of the mother and the foetus because preterm delivery is increased in case of lithiasis during pregnancy. Conservative treatment is favoured taking care of specific contraindications of medical therapy related to pregnancy. In case of complications, drainage of the urinary system by retrograde or antegrade approach will be considered. Endoscopic treatment is realized only in case of failure of drainage or in the post-partum with etiologic investigations.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Christian.Saussine@chru-strasbourg.fr (C. Saussine).

L'association lithiase urinaire et grossesse permet de distinguer deux situations bien différentes. La première, moins fréquente, est la situation d'un calcul urinaire diagnostiqué ou connu chez une femme qui manifeste un désir de grossesse. La littérature médicale n'apporte pas d'éléments pour définir une conduite à tenir mais les avis d'experts et la prudence s'accordent pour que l'on traite cette lithiase avant que ne soit mise en route une grossesse. Après traitement, il peut persister des fragments résiduels non significatifs de moins de 5 mm. Ces patientes en cas de grossesse devront faire l'objet d'une surveillance échographique régulière du rein tous les deux ou trois mois pour vérifier que ces fragments lithiasiques résiduels ne se déplacent pas, associée à une surveillance urinaire par bandelette à la recherche d'une bactériurie.

La deuxième situation est celle où la lithiase urinaire est diagnostiquée en cours de grossesse. La particularité de la grossesse par rapport à la lithiase urinaire se situe au moment du diagnostic, avec notamment le choix de l'imagerie, et lors de la prise en charge qui impose de prendre en considération la mère et le fœtus.

Sur le plan épidémiologique, l'association entre lithiase urinaire et grossesse présente les particularités suivantes. L'incidence de la lithiase urinaire pendant la grossesse varie de 1/200 à 1/2500 [1–3] et serait identique à celle observée chez les femmes non enceintes [4,5]. Le calcul est plus souvent urétéral que rénal, siège aussi bien à gauche qu'à droite et apparaît dans 80 à 90 % des cas au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse [6–9]. En Amérique du Nord, les femmes caucasiennes sont plus touchées que les femmes afro-américaines [9]. Les femmes multipares sont trois fois plus atteintes [4,7]. La lithiase urinaire représente un facteur de prématurité dans 40 % des cas [6].

Lors de la grossesse, il y a des facteurs physiologiques susceptibles de faciliter la formation des calculs urinaires. La dilatation de la voie urinaire, souvent plus fréquente à droite qu'à gauche, est observée de manière physiologique dès le premier trimestre de gestation [9]. Cette dilatation, retrouvée chez 90 % des femmes enceintes, apparaît dès le premier trimestre (sixième à dixième semaine), va favoriser la stase urinaire et l'agréation des cristaux urinaires. Elle sera encore présente six à dix semaines après l'accouchement. La dilatation de la voie urinaire résulte de l'action combinée de la progestérone lors du début de grossesse et surtout de la compression urétérale par l'utérus gravide, notamment lors du dernier trimestre [6,9–12]. Cette dilatation physiologique est particulière puisqu'elle s'arrête au promontoire ce qui permet de la différencier d'une dilatation liée à un obstacle d'une autre origine, comme un calcul. L'uretère droit sera plus souvent intéressé que le gauche en raison de la dextro-rotation de l'utérus, de la compression par la veine génitale droite engorgée et de la protection assurée à l'uretère gauche par le mésosigmoïde [6,9].

Des modifications physiologiques sont observées en cours de gestation, susceptibles de favoriser la formation des calculs dans la voie urinaire. Il s'agit de l'augmentation du flux rénal plasmatique, du taux de filtration glomérulaire (30 à 50 %), de la clairance de la créatine, de l'acide urique, de l'urée et de la filtration du sodium et du calcium [6,13]. Ces facteurs s'additionnent à une hypercalciurie présente lors de la grossesse par diminution de la production d'hormone parathyroïdienne et élévation du

1,25-dihydrocholécalférol formé dans le placenta ce qui entraîne l'augmentation de l'absorption gastro-intestinale du calcium et la mobilisation calcique osseuse. En effet, la femme enceinte fait l'objet d'un remodelage osseux important ce qui favorise cette hypercalciurie [6,13]. Toute cette mobilisation calcique maternelle est bien sûr destinée au squelette du fœtus.

Dans le même temps, des modifications vont intéresser les inhibiteurs de la formation lithiasique. Ainsi, on observera une augmentation de l'excrétion urinaire du citrate, du magnésium ou des glycoprotéines [6,13].

Au total, l'action simultanée de ces facteurs antagonistes dans la formation des calculs urinaires conduit à un bilan nul puisque l'incidence des calculs chez la femme enceinte n'est pas plus élevée que dans le reste de la population.

Par ailleurs, la nature chimique des calculs, notamment la fréquence de la struvite, ne diffère pas pendant la grossesse [6,13].

Les calculs urinaires vont se manifester de façon très classique en cours de grossesse avec 95 % d'hématurie macro- ou microscopique et 84 % de douleurs du flanc [2,7]. Les douleurs à type de colique néphrétique sont la première raison non obstétricale d'admission hospitalière pendant la grossesse [14]. Ces douleurs ne sont cependant pas toujours faciles à rattacher cliniquement à une colique néphrétique sur calcul. En effet, le déplacement vers le haut de l'appendice iléocaecal sous la poussée utérine rend difficile le diagnostic différentiel entre appendicite, cholécystite ou pyélonéphrite droite [7]. Une infection urinaire souvent asymptomatique chez la femme enceinte peut aussi révéler un calcul urinaire. Les nausées sont des signes cliniques par ailleurs très peu spécifiques en cours de grossesse.

Le retentissement de ces épisodes lithiasiques sur le pronostic de la grossesse est apprécié de façon variable dans la littérature. Lewis et al. [1] ont mené une étude rétrospective à la maternité de Baton-Rouge en Louisiane montrant qu'il y avait plus de ruptures prématurées des membranes et d'accouchements prématurés chez les patientes ayant présenté une lithiase au cours de leur grossesse. Une étude identique faite dans l'état de Washington [15] a retrouvé un risque d'accouchement prématuré plus important pour les femmes enceintes admises pour lithiase urinaire que pour celles sans calcul.

Par rapport à la situation rencontrée chez la femme non gravide, la démarche diagnostique va être limitée par le risque fœtal lié à l'irradiation. Le choix de l'imagerie va donc constituer une des spécificités de la femme enceinte. C'est lors du premier trimestre de grossesse que l'irradiation du fœtus est susceptible d'avoir le plus d'effets tératogènes en raison du temps de division très court des lignées cellulaires fœtales, exposant le fœtus à un risque vital maximum. Des travaux anciens [16] avaient déjà montré que le risque de développement d'une anomalie congénitale était multiplié par deux si l'irradiation était supérieure à 25 à 80 cGy. Ce risque est déjà augmenté de 5 % si l'irradiation est de 10 cGy. C'est pourquoi un avortement thérapeutique est recommandé en cas d'irradiation supérieure à 5 à 10 cGy. Ces doses sont relativement importantes et, pour fixer les idées, il faut se rappeler des doses moyennes reçues par le fœtus au cours de divers moyens d'imagerie, présentées dans le Tableau 1.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827622>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827622>

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