

Particularités de la colique néphrétique chez la femme enceinte

Renal colic during pregnancy

Service d'urologie, nouvel hôpital civil, les hôpitaux universitaires, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France



C. Saussine

C. Saussine

RÉSUMÉ

Introduction. – La colique néphrétique chez la femme enceinte est une situation spécifique qui nécessite une bonne collaboration entre obstétricien et urologue.

Méthode. – Étude de la littérature concernant les différents aspects de la colique néphrétique chez la femme enceinte. Les mots clés étaient grossesse et colique néphrétique. Des mises au point sur l'épidémiologie, la physiopathologie, la clinique, le bilan d'imagerie et la prise en charge de la colique néphrétique en cours de grossesse ont été réalisées.

Résultat et analyse. – L'incidence de la lithiase urinaire chez la femme enceinte est équivalente à ce qui est observé chez la femme non gravide malgré des facteurs favorisants que sont l'hydronéphrose et l'hypercalciurie. La présentation clinique en cours de grossesse est dominée par la douleur. Le bilan d'imagerie repose en première intention sur l'échographie. En cas de doute diagnostique ou de complication, le scanner a sa place après avoir établi un rapport bénéfice–risque favorable, en collaboration avec les obstétriciens. En l'absence d'évacuation du calcul sous l'effet du traitement médical ou en cas de complications, le drainage de la voie urinaire par sonde urétérale double J ou néphrostomie permettra d'attendre l'accouchement pour traiter spécifiquement un calcul toujours en place.

Conclusion. – La prise en charge d'une colique néphrétique chez une femme enceinte implique le gynécologue et l'urologue avec des conduites à tenir relativement codifiées. La mère et le fœtus seront considérés en mesurant continuellement le bénéfice pour la mère et le risque de l'enfant à venir.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

SUMMARY

Introduction. – *Renal colic during pregnancy is a specific condition, which requires a strict collaboration between obstetrician and urologist.*

Methods. – *Literature review to identify different aspects from renal colic during pregnancy. Keywords were renal colic and pregnancy. Epidemiology, physiopathology, clinic presentation, imaging study and treatment will be analysed.*

Results and analysis. – *Urinary lithiasis incidence during pregnancy is similar to the one in non-pregnant women despite increasing factors as hydronephrosis and hypercalciuria. Pain is the main clinical presentation. Sonography is the preferential imaging study. CT scan is limited to specific situations as uncertain diagnosis or complication after having evaluated the risk benefit–rate in collaboration with obstetricians. Upper urinary tract drainage with a double J stent or a nephrostomy will be proposed in case of a remaining stone after medical treatment or in case of complications. The treatment of the remaining stone itself will be performed after delivery.*

Conclusion. – *Urologists and obstetricians are both involved in case of renal colic during pregnancy. Mother and foetus will be considered with a permanent evaluation of risk for the future new born and benefice for the mother.*

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Mots clés

Grossesse
Colique néphrétique

Keywords

*Renal colic
Pregnancy*

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



INTRODUCTION

La colique néphrétique chez la femme enceinte, même si elle n'est pas plus fréquente qu'en dehors de la grossesse, représente une situation spécifique lors de laquelle un avis urologique est en général sollicité. Une collaboration étroite entre gynécologue-obstétricien et urologue reste le garant d'une prise en charge adaptée.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'incidence de la lithiase urinaire chez la femme enceinte varie entre 0,03 et 0,4 % [1–3] et est équivalente à celle de la population générale féminine [4,5]. Les calculs se retrouvent deux fois plus souvent dans l'uretère que dans le rein avec une répartition droite/gauche identique ; dans 89 à 90 % des cas les calculs sont découverts au deuxième ou troisième trimestre ; les femmes d'origine caucasiennes sont plus souvent atteintes que les femmes d'origine afro-américaines ; les patientes multipares sont trois fois plus atteintes que les patientes primipares [1,3,4,6–9].

PHYSIOPATHOLOGIE

La femme enceinte présente à la fois des facteurs favorisants et des facteurs inhibiteurs de la formation de calculs urinaires.

Facteurs favorisants

Hydronéphrose [6,9–12]

L'hydronéphrose est physiologique chez 90 % des femmes enceintes et apparaît dès le premier trimestre de grossesse (6–10 semaines). Elle disparaît six à dix semaines après l'accouchement. Elle est due à l'imprégnation en progestérone lors de la grossesse et aussi à des facteurs mécaniques comme la compression des uretères par l'utérus. Cela explique que cette dilatation porte plus sur l'uretère proximal. La dextrorotation de l'utérus lors de la grossesse et la protection de l'uretère gauche par le mésocolon explique que l'uretère droit soit plus fréquemment dilaté. Cette hydronéphrose facilite la stase urinaire, ce qui facilite l'agrégation des cristaux.

Modifications physiologiques [6,13]

En cours de grossesse vont être constatées des modifications physiologiques. Il s'agit de l'augmentation du flux plasmatique rénal, de l'augmentation d'environ 30 à 50 % du taux de filtration glomérulaire, de l'augmentation de la clairance de la créatine, de l'acide urique et de l'urée et de l'augmentation de la filtration du sodium, de l'acide urique et du calcium.

Hypercalciurie [6,13]

Une hypercalciurie est fréquemment retrouvée chez la femme enceinte. Elle est majorée par l'hypoparathyroïdie physiologique et l'augmentation du 1,25 dihydroxycholécalférol produit par le placenta. Ce dernier facteur favorise le remaniement osseux maternel pour la formation du squelette fœtal notamment au deuxième et au troisième trimestre et augmente l'absorption gastro-intestinale du calcium.

Facteurs inhibiteurs

Lors de la grossesse, on constate une augmentation de l'excrétion urinaire des inhibiteurs de la formation lithiasique que sont le citrate, le magnésium et les glycoprotéines [6,13]. Ainsi lors de la grossesse, malgré une supersaturation en oxalate de calcium, la cristallurie et l'incidence de la lithiase urinaire chez la femme enceinte sont équivalentes à ce qui est observé chez la femme non gravide. Par ailleurs, la nature chimique des calculs (notamment la proportion de calcul de struvite) ne varie pas.

CLINIQUE

La présentation clinique de la lithiase urinaire en cours de grossesse ne diffère pas de celle observée chez la femme non gravide [3,7,14,15]. Elle est dominée par des douleurs du flanc (89–94,5 %) et une hématurie microscopique (95 %). On retrouve aussi dans des proportions moindres des douleurs abdominales basses, des irradiations descendantes, des nausées, une dysurie, une hématurie macroscopique et plus fréquemment une bactériurie (81 %).

La colique néphrétique est la première cause d'hospitalisation des femmes enceintes pour raison non obstétricale [16]. Son diagnostic est cependant plus difficile avec 28 % de diagnostic incorrect comme une appendicite, une sigmoïdite ou une rupture placentaire [7].

Le retentissement d'une colique néphrétique sur le pronostic de la grossesse est diversement apprécié à travers la littérature. Pour Lewis et al. [1], la colique néphrétique est associée à un risque de rupture prématuré des membranes et d'accouchement prématuré. Ces deux facteurs ne sont pas retrouvés dans l'étude de Rosenberg et al. [17] qui met en avant le risque d'avortements à répétition, de prééclampsie légère, d'HTA chronique, de diabète gestationnel, de césarienne, d'infection urinaire, de pyélonéphrite, d'hydronephrose et d'hydro-uretère. Enfin pour Chung et al. [18], les femmes enceintes souffrant de colique néphrétique présentent un risque associé de bas poids de naissance, d'accouchements prématurés et de césariennes.

IMAGERIE

Le diagnostic étiologique d'une colique néphrétique repose sur l'imagerie. En cours de grossesse, la question primordiale est celle de l'irradiation.

Irradiation

Dans une étude avec contrôle de la présence réelle d'un calcul urinaire dans la voie urinaire par urétéroscopie, White et al. [19] ont montré que le scanner non injecté à faible dose avait une valeur prédictive positive de 95,8 % contre 80 et 77 % à l'IRM et à l'échographie, respectivement.

Les risques fœtaux d'une irradiation en cours de grossesse dépendent du stade de la grossesse et de la dose.

Au premier trimestre, le risque vital est maximal [20,21]. En raison d'une division cellulaire rapide, le risque tératogène est maximal avec un doublement des anomalies congénitales pour une dose supérieure à 25 à 80 cGy. Pour une dose de 10 cGy, le risque d'anomalies congénitales augmente de 5 % alors que ce risque est négligeable si la dose est inférieure

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4273747>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4273747>

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