

**PERITONITE PAR RUPTURE DE LA VOIE EXCRETRICE
SUR CALCUL ENCLAVE DANS L'URETERE PELVIEN.
A PROPOS D'UNE OBSERVATION.**

DJE K.¹, YAPO P.², YAO B.¹

1- Service d'urologie - CHU de Treichville - Abidjan - Côte d'Ivoire
2- Service de Chirurgie Digestive et Endocrinienne CHU de Treichville

Correspondance : Docteur Koffi DJE
01 BP 5 6 8 5 Abidjan 01.
e-mail : dje-koff@hotmail.com

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent un cas de péritonite par rupture de la voie excrétrice au décours d'une colique néphrétique fébrile négligée due à un calcul enclavé dans l'uretère pelvien. Le traitement a consisté en une néphrectomie après toilette abdominale.

Mots-clés : Calcul, Complication, Rupture de la voie excrétrice, Péritonite.

SUMMARY

The authors report a case of peritonitis after rupture of the excretory tract

following a febrile underestimated renal colic caused by a stone dovetailed in the pelvic ureter. A nephrectomy has been performed after peritoneal cleaning.

Key words : Stone, Complication, Rupture of the excretory tract, Peritonitis.

INTRODUCTION

La rupture de la voie excrétrice est relativement rare et peut survenir dans des circonstances variées. Les ruptures en amont d'une obstruction urétérale aiguë ou chronique sont plus fréquemment

rencontrées que les ruptures spontanées et les ruptures survenant sur des anomalies pyélorénales⁴.

Nous rapportons le cas d'une péritonite par rupture de la voie excrétrice au décours d'une colique néphrétique fébrile mésestimée.

I. NOTRE OBSERVATION

Il s'agit de A.O., 28 ans, admise pour colique néphrétique gauche mal maîtrisée par le traitement entrepris depuis quelques jours.

Elle a des antécédents de calcul rénal gauche traité par néphrolithotomie percutanée en Afrique du Sud. Elle est 2^{ème} geste, 2^{ème} pare.

A l'admission, la température est normale de même que la tension artérielle. Le pouls est discrètement accéléré en raison de la douleur.

C'est une patiente pléthorique, 1,60 m, pour 180 kgs. L'examen physique est difficile et pauvre. L'abdomen sans préparation ne montre pas de calcul spontanément visible.

L'échographie retrouve une image calculeuse au niveau du rein gauche.

La patiente est hospitalisée avec cure de diurèse et traitement de la douleur avec l'association phoroglucinol-kétoprofène par voie intraveineuse et tamisage des urines. Au fil des jours, la douleur est mal maîtrisée. Malgré l'adjonction de chlorydrate de buprénorphine, un état de mal néphrétique s'installe de même qu'une fièvre à 39-40°C. Une antibiothérapie probabiliste à large spectre n'y fait rien. Le syndrome infectieux clinique s'aggrave, l'abdomen est devenu douloureux avec un empatement allant de la fosse lombaire gauche à la fosse iliaque ipsilatérale. L'état général s'altère. L'hémogramme montre une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile et une anémie discrète. L'échographie montre une collection rétro-péritonéale aux limites peu nettes avec des échos en suspension.

L'exploration en urgence est décidée. Nous pratiquons une laparotomie médiane sus et sous ombilicale. L'ouverture du péritoine est concomitante de l'irruption d'un liquide purulent, ayant rompu le fascia d'accolement colo-pariétal droit, dans la cavité péritonéale. On aspire environ deux litres de pus brunâtre au sein desquels deux calculs sont retrouvés. Cette collection purulente a disséqué le rétro-péritoine et la face profonde de la gaine du muscle droit. Aucune structure urétérale n'est identifiable. Le rein est retrouvé à la palpation sous une gangue péri-néphrétique très épaisse. On décide de pratiquer une néph-rectomie qui s'avère difficile en raison du remaniement scléro-inflammatoire de l'atmosphère péri-rénale.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes avec une défervescence thermique et une reprise du transit à J₃ autorisant l'alimentation.

A J₇, la fièvre réapparaît, et de l'orifice de sortie de la lame ondulée de Delbet ayant drainé la loge déshabillée, fait issue une sécrétion fécaloïde nous obligeant à ré-intervenir. La nouvelle laparotomie permet de découvrir une fistule de l'angle colique gauche. Une colostomie est réalisée suivie d'un rétablissement de la continuité 2 mois plus tard.

Après cicatrisation, la patiente a perdu beaucoup de poids, elle pèse à présent 80kgs et a des problèmes de paroi abdominale qui motivent une prise en charge spécialisée. Elle a eu une abdominoplastie et les suites sont favorables.

II. DISCUSSION

La survenue d'une péritonite par rupture de la voie excrétrice sur un obstacle lithiasique est une situation extrêmement rare.

Rabil et al. ont décrit un cas de péritonite par rupture spontanée d'une pyonéphrose au cours de la grossesse. La rupture peut être expliquée surtout par l'hyperpression dans les cavités excrétrices occasionnée par l'obstacle urétéral. L'adhérence de la loge rénale avec la cavité péritonéale par les phénomènes inflammatoires contribuent à la rupture dans la cavité péritonéale³.

Les ruptures de la voie excrétrice ont été décrites et reconnaissent trois étiologies : les ruptures spontanées, les ruptures en amont d'une obstruction urétérale aiguë ou chronique et les ruptures vraies pyéliquies ou rénales.

La diffusion de l'urine se fait généralement dans le rétropéritoine sous forme d'une infiltration urineuse diffuse ou collectée en un urinome, exceptionnellement en intra-péritonéale avec uropéritoine².

Dans notre observation, la collection rétropéritonéale était infectée et s'est rompue en intrapéritonéale après avoir disséqué la face profonde de la gaine du muscle droit gauche.

Les indications thérapeutiques dépendent de plusieurs facteurs. La péritonite doit être traitée comme telle.

Le traitement de la rupture de la voie excrétrice dépend aussi de plusieurs facteurs :

L'obstacle générateur de l'hyperpression a-t-il ou non disparu ? le siège de la lésion et l'existence ou non d'une pathologie pyélique ou rénale, le volume de l'épanchement, sa surinfection éventuelle sont à prendre en compte.

Le traitement s'adresse à la lésion de la voie excrétrice, à l'épanchement urinaire sous péritonéal et à l'obstacle causal éventuel.

Selon les circonstances, la lésion de la voie excrétrice a été traitée par drainage simple, suture pyélique, pyélostomie, néphrectomie.

L'urinome est évacué et drainé; l'obstacle en fonction de sa nature peut imposer une ablation par pyélotomie, par urétérotomie ou par sonde. Parfois, une néphro-urétérectomie s'avère nécessaire devant un uretère pathologique (tumoral ou tuberculeux) ; ailleurs, un simple drainage palliatif suffit^{1,2,4}.

Dans notre observation, après la toilette abdominale et l'excision des tissus nécrotiques, la néphro-urétérectomie a été réalisée car le traitement conservateur était difficile en raison de l'importance du remaniement scléro-inflammatoire qui modifiait profondément l'anatomie de la région, de la pauvreté de notre plateau technique, et aussi du fait que le rein controlatéral était sain.

CONCLUSION

Toute colique néphrétique fébrile est une urgence dans laquelle la levée de l'obstacle est impérative sous peine de voir apparaître des complications qui peuvent être dramatiques comme la péritonite aiguë décrite au cours de notre observation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CORSETTI G., LEONARDO F., CIANFONI S., LEONARDO C., GENTILI G. Spontaneous rupture of the excretory tract following renal colic in kidney malformations. *Chir.Ital.* 1999 Mar-Apr, 51 (2) : 173-6.
2. HOUDELETTE P., DUMOTIER J. Rupture spontanée de la voie excrétrice sur rein unique. A propos d'une observation. *Ann. Urol*, 1989, 23, n° 506-508.
3. RABIL R., RAISH., SARFI, JOUAL A., ABOUTAIEB R., BENNANI S., EL MRINI M., BENJELLOUN S., HAMOUDI D., IDALI B., HARTI A., BARROU L. Péritonite par rupture spontanée d'une pyonéphrose au cours de la grossesse. A propos d'un cas. *Ann. Urol*, 1999, 33, n°1, 31-35.
4. SAAD H., NOUIRA M., KAMMOUN K., BANNOUR H., MOSBAH A.T., EL ABED K., JAÏDANE A., SGHAÏER M.S. Rupture de la voie excrétrice urinaire sur lithiase de l'uretère pelvien. *Ann. Urol*, 1994, 28, n°1, 33-35.