

Les néphrectomies : indications et résultats immédiats au CHU Sanou Souro de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

T. KAMBOU¹, B. ZANGO¹, B. SANON¹, W.P. DAKOURE¹,
T. HAFING¹, S.S. TRAORE²

Résumé

La recherche de la qualité des soins apportés à nos patients nous impose de faire à un moment donné, une évaluation de nos activités. Face au nombre croissants des néphrectomies pratiquées dans notre service, il nous a paru utile de faire le point sur cette activité.

Il s'est agi d'évaluer les résultats à court terme des néphrectomies.

Une étude rétrospective portant sur les néphrectomies réalisées dans le service d'urologie du CHU Sanou Souro (CHU SS) de Bobo-Dioulasso a été conduite du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2008. Pour chaque dossier, les éléments suivants ont été pris en compte : le type d'anesthésie, la voie d'abord, le côté intéressé, les indications, le protocole opératoire, les complications postopératoires immédiates. Au total 56 dossiers ont été retenus (34 hommes et 21 femmes d'âge moyen de 37 ans avec des extrêmes de 2 et 73 ans).

Tous les patients ont été opérés par chirurgie ouverte. Les voies d'abord utilisées ont été la lombotomie dans 30 cas, la sous-costale transpéritonéale dans 17 cas et la laparotomie médiane dans 9 cas. Le coté gauche a été intéressé dans 32 cas et le coté droit dans 24 cas. L'indication de la néphrectomie a été une tumeur maligne 6 cas (10,7 %) et pour lésions bénignes dans 50 cas.

La néphrectomie a été totale dans 54 cas répartis en 44 néphrectomies totales simples, 6 néphrectomies élargies et 4 néphro-urétérectomies. Elle a été partielle dans 2 cas.

Neuf patients ont présenté des complications (15,2 %). Deux décès ont été enregistrés.

La néphrectomie est une intervention relativement peu pratiquée dans notre service. Elle est plus souvent indiquée pour des pathologies bénignes compliquées, d'où la sensibilisation pour un diagnostic précoce afin d'éviter ces néphrectomies pour lésions bénignes.

Mots-clés : Néphrectomies, Indications, complications.

Nephrectomies : indications and immediate results of treatment at Sanou Souro teaching hospital of Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Abstract

The quality of care for our patients requires us to make a point, an assessment of our activities. Faced with the increasing number of nephrectomies performed in our department, we thought it useful to evaluate this activity

To evaluate the short-term results of nephrectomise performed in our department.

It was about a retrospective study relating to nephrectomies carried out in the department of urology of Sanou Souro teaching hospital, from the 1st January 2003 to 31st December 2008.

¹ Service de Chirurgie du Centre Hospitalier National Sanou Sourô Bobo-Dioulasso

² Chef du Département de Chirurgie, UFR des Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou

Toute correspondance à Dr Timothée KAMBOU, Service d'Urologie CHU Sanou Sourô Bobo-Dioulasso
BP : 676 Bobo-Dioulasso E-mail : timothee_kambou@univ-ouaga.bf

For each file, the following elements were taken into. The type of anaesthesia, the surgical approach, the interested side, indications, operational protocol, and immediate postoperative complications. On the whole 56 files were retained 34 males and 21 females of average age of 37 years with extremes of 2 and 73 years.

All the patients were operated by open surgery. The most used surgical approach was lombotomy in 30 cases, transperitoneal under-costal incision in 17 cases and median laparotomy in 9 cases. The left side was interested in 32 cases and the right in 24 cases.

Indication for nephrectomy was a malignant tumour in 6 cases (10,7 %) and benign conditions in 50 cases. Nephrectomy was total in 54 cases (44 simple total néphrectomies, 6 widened néphrectomies and 4 nephroureterectomies). It was partial in 2 cases. Nine patients presented complications (15,2 %). Two deaths were recorded.

Nephrectomy is a relatively less practised operation in our department. It is more often indicated for complicated benign pathologies. We think that early diagnosis of these pathologies will prevent from some of this mutilating operation.

Key words: Néphrectomies, Indications, and complications.

Introduction

La néphrectomie est une intervention mutilante à laquelle on a recours pour le traitement des lésions malignes du rein ou pour l'ablation d'un rein non fonctionnel ou dont l'état induit une situation pathologique pouvant mettre en jeu la vie du patient (GHALAYINI I. F. *et al.*, 2000)

Dans les pays occidentaux, l'indication principale de la néphrectomie est le cancer du rein, les pathologies bénignes faisant souvent l'objet de chirurgie conservatrice, du fait d'un diagnostic précis et précoce. Depuis la réalisation de la première néphrectomie laparoscopique en 1991 par Clayman (CLAYMAN *et al.*, 1991), cette technique est de plus en plus pratiquée et tend à s'imposer comme le traitement standard dans ces pays (RANTOMALALA H.Y.H *et al.*, 2007).

La situation est différente dans les pays en voie de développement et plus particulièrement en Afrique subsaharienne. Dans ces pays, beaucoup de pathologies bénignes non traitées ou non suivies aboutissent à l'altération de la fonction du rein ou à sa destruction totale, imposant son ablation chirurgicale. De plus, cette intervention y est assez souvent pratiquée à ciel ouvert et dans un environnement de sous équipement qui ne garantit pas de résultats fiables. Le but de ce travail était de rapporter notre expérience de la néphrectomie.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de néphrectomies réalisées au CHU SANOU SOURO de Bobo-Dioulasso entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2008. Au total, 59 patients ont subi une néphrectomie dans le service au cours de cette période.

Ont été exclus de cette étude, trois dossiers dont les protocoles opératoires n'ont pas été retrouvés. Cinquante six dossiers ont donc été retenus pour l'étude. Ils concernaient 7 enfants et 49 adultes.

Pour chaque dossier, les éléments suivants ont été pris en compte : le type d'anesthésie, la voie d'abord, le côté intéressé, l'indication, le protocole opératoire et les complications postopératoires immédiates.

Résultats

Tous les patients ont été opérés par chirurgie ouverte, sous anesthésie générale en décubitus dorsal ou latéral, selon la voie d'abord choisie. Dix patients ont été transfusés en per opératoire.

La voie d'abord a été la lombotomie antérolatérale extra péritonéale dans 30 cas, la voie sous costale transpéritonéale dans 17 cas et la laparotomie médiane dans 9 cas.

Le coté gauche a été concerné dans 32 cas et le coté droit dans 24 cas. L'indication de la néphrectomie a été une tumeur maligne dans 6 cas (10,7 %) et lésions bénignes dans 50 cas (reins détruits pour lithiases et syndrome de la jonction pyélo-urétérale).

La néphrectomie a été totale dans 54 cas répartis en : 6 néphrectomies élargies pour cancer, 44 néphrectomies totales simples et 4 néphro-urétérectomies. Elle a été partielle dans deux cas (polaire supérieure). Les différents types de néphrectomies en fonction de la voie d'abord ont été regroupés dans le tableau I. Les principales indications ont été représentées dans le tableau II.

Tableau I. Répartition des cas selon la voie d'abord et le type de néphrectomie.

V. Abord :	Lombotomie	médiane	Sous-costale	Total
TYPE :				
Néphro-Urétérectomie	3 (5,4 %)		1 (1,8 %)	4 (8,9 %)
Partielle	2 (3,6 %)	-	-	2 (3,6 %)
Elargie	1 (1,8 %)	2 (1,8 %)	3 (3,6 %)	6 (8,9 %)
Simple	24 (42,9 %)	7 (12,4 %)	13 (23,2 %)	44 (78,6 %)
Total	30 (53,6 %)	9 (16,1 %)	17 (30,3 %)	56 (100)

Tableau II. Indications des néphrectomies.

Indications	Nombre	Pourcent
Tumeurs malignes	6	10,7 %
Néphroblastome	2	3,6
Carcinome cellules rénales	4	7,1
Pathologies bénignes	50	89,3 %
SJPU compliqué	19	33,9
Méga uretère	1	1,8
Rein pelvien	3	5,4
Rein multi kystique infecté	2	3,6
Kyste rénal (hémorragie)	1	1,8
Duplicité urétérale	1	1,8
Lithiases urinaires	10	17,9
Tuberculose rénale	7	12,5
Bilharziose	3	5,4
Sténose urétérale post-hystérectomie	2	3,6
Fracture du rein	1	1,8
TOTAL	56	100

Des incidents et accidents per-opératoires ont été relevés. Il s'agissait de :

- une plaie de l'angle colique droit, survenue au cours d'une néphrectomie pour pyonéphrose tuberculeuse ayant nécessité une suture colique ;
- une plaie de l'aorte abdominale, au cours d'une néphrectomie pour néphroblastome avec décès per-opératoire ;
- une hémorragie incontrôlable survenue au cours d'une chirurgie lithiase coralliforme ayant imposé une néphrectomie d'hémostase.

La durée moyenne des interventions a été notée chez 51 patients et était de 123,2 mn avec des extrêmes de 48 mn et 236 mn. Neuf patients (15,2 %) ont présenté des complications de type :

- une suppuration de la paroi, dans quatre cas, tarie par les soins locaux ;
- un choc septique dans deux cas ayant entraîné le décès ;
- un choc hémorragique dans un cas, corrigé par une transfusion ;
- un hématome de la paroi ayant nécessité une évacuation chirurgicale avec des suites simples ;
- et une récurrence tumorale précoce, chez une patiente ayant été perdue de vue après un suivi de six mois.

Ces complications ont nécessité une seule reprise chirurgicale soit 1,8 % des cas.

Trois décès ont été notés (5,4 %) :

- un décès per-opératoire par choc hémorragique ;
- deux décès postopératoire immédiat par choc septique.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,5 jours avec des extrêmes de 1 et 30 jours. Tous les patients revus à un mois de l'intervention avaient un bon état général. La plupart de ces patients ont été perdus de vue après ce premier contrôle.

Discussions

La néphrectomie est une intervention relativement peu pratiquée dans notre service (59 cas en 5 ans) comme cela a déjà été rapporté dans notre sous-région. En effet, EKE N, (2003), MUNGADI I. A *et al.* (2005) et BADMUS TA *et al.* (2008) ont rapporté 34, 33 et 30 cas de néphrectomies en 10 ans, dans leurs services respectifs. Dans les autres parties du monde, les néphrectomies sont plus fréquemment pratiquées : 681 cas en 25 ans, en Espagne pour BALLESTEROS Sampol JJ (2006), 646 cas en 20 ans, en Norvège pour BEISLAND C. *et al.* (2000), 187 cas en 4 ans à Singapour pour HONG Gee Sim *et al.* (2005) et, 150 cas en 5 ans au Pakistan pour RAFIQUE M (2007). Cette différence s'expliquerait par une prévalence moins élevée des cancers du rein dans notre sous région. Mais peut être aussi, par le fait que un grand nombre de ces patients ne fréquenterait pas nos formations sanitaires.

La néphrectomie était plus fréquemment indiquée dans notre service, pour des complications d'affections bénignes du rein (89,3 %). Nos résultats sont comparables à celui de plusieurs auteurs des pays en développement : (GHALAYINI I F *et al.*, 2002) ; (MUNGADI I. A. *et al.*, 2005) ; (RAFIQUE M., 2007) ; (KOULESSE T *et al.*, 1995) à l'exception de EKE (2003) et BADMUS (2008) au Nigéria qui ont noté une prédominance du cancer du rein dans respectivement 67,6 % et 63,3 % des cas. L'ignorance, le retard à la consultation expliquerait l'importance des

néphrectomies pour lésions bénignes dans notre milieu. En occident, le cancer du rein est l'indication principale des néphrectomies (RANTOMALALA H.Y.H *et al.*, 2000 ; BEISLAND C. *et al.*, 2000).

Tous nos patients ont été opérés par chirurgie ouverte comme dans la plupart des pays africains au sud du Sahara. Dans les pays développés, c'est la néphrectomie laparoscopique qui est en passe de devenir la référence (RANTOMALALA H.Y.H *et al.*, 2000) ; (HONG GEE SIM *et al.*, 2005). Pour notre part, nous ne disposons pas d'équipements pour ce type de chirurgie et nous n'en n'avons pas la compétence.

Le taux global de complications des néphrectomies dans notre service était de 15,2 %. Ce taux est supérieur à ceux rapportés par plusieurs auteurs (7,6 % pour RAFIQUE M. (2000) et BADAMUS *et al.* (2008), 8 % pour BALLESTEROS (2006) et 11,6 pour GHALAYI I. F. (2002)). Il est inférieur à celui de MUNGADI *et al.* (2005) qui ont rapporté 20 % de complications post-opératoires, mais leur série portait sur des patients opérés dans un hôpital général, par des chirurgiens généralistes. Enfin il est équivalent au taux de BEISLAND *et al.* (2000) qui ont notifié 15,5 % de complications dans une importante série de 646 patients opérés, entre 1978 et 1997.

L'infection postsopératoire fréquente dans nos conditions de travail, le manque chronique de produits sanguins et de solutés de remplissage, les moyens précaires des patients pourraient expliquer en partie l'importance des complications post-opératoires dans notre série.

Dans la littérature, le taux de mortalité oscillerait entre 0,8 % à 13 % (BEISLAND C., 2000) ; RAFIQUE M., 2000 ; GHALAYINI I. F., 2002 ; MUNGADI I. A., 2005 ; BALLESTEROS Sampol JJ, 2006). Le choc hypovolémique et le choc septique ont été les principales causes de décès dans notre série (5,4 %). Une meilleure réanimation devrait permettre d'éviter ces décès en per et postopératoire.

Conclusion

La néphrectomie est une intervention relativement peu pratiquée dans notre service. Elle est plus souvent indiquée pour des pathologies bénignes compliquées. La chirurgie à ciel ouvert demeure la seule technique pratiquée dans notre service, souvent dans des conditions locales difficiles (inflammation, infection et tumeurs au stade avancé). La morbidité est élevée, mais les complications étaient en majorité mineures. Il s'avère nécessaire de sensibiliser pour une consultation précoce afin d'éviter ces néphrectomies pour lésions bénignes compliquées.

Le suivi prolongé de nos patients constitue une difficulté majeure qui ne nous permet pas d'évaluer nos résultats à long terme.

Références bibliographiques

- BADMUS T. A., SALAKO A. A., SANUSI A. A., AROGUNDADE F. A., OSENI G. O., YUSUF B. M., 2008. Adult Nephrectomy: Our Experience At Ile-Ife. *Nigerian Journal of Clinical Practice Vol. 11 (2): pp. 121-126.*
- BALLESTEROS SAMPOL J. J., 2006. Indications, morbidity and mortality of the open nephrectomy. Analyses of 681 cases and bibliographic review. *Arch Esp Urol 59(1):59-70*
- BEISLAND C., MEDBY P. C., SANDER S., BEISLAND H. O., 2000. Nephrectomy - indications, complications and postoperative mortality in 646 consecutive patients. *Eur Urol; 37(1):58-64*

- CLAYMAN R. V., KAVOUSSI L. R., SOPER N. J., DIERKS S. M., MERETYK S., DARCY M. D. et al., 1991.** Laparoscopic nephrectomy: Initial case report. *J Urol* ; 146 : 278-82
- EKE N., ECHEM R. C., 2003.** Nephrectomy at the University of Port Harcourt Teaching Hospital: a ten-year experience. *Afr J Med Med Sci*;32(2) : 173-7
- GHALAYINI I. F., 2002.** Pathological Spectrum of Nephrectomies in a General Hospital. *Asian J Surg*; 25(2):163-9
- HONG GEE SIM, SIDNEY K. H. YIP, CHEE YONG NG, YEE SZE TEO, YEH HONG TAN, WOEI YUN SIOW and WAI SAM CHENG, 2005.** Laparoscopic Nephrectomy: New Standard of Care? *Asian J Surg*; 28(4) : 277-81
- KOULESSE T., KOKOLO G., ASSAMBO-KIELI J., LOMANI C., BEMBA B., ALOMINA, 1995.** Aspects anatomopathologiques observés au cours des néphrectomies au CHU de Brazzaville (Congo). *Médecine d'Afrique noire*, n° 42(10), 498-502
- LANG H., 2006.** Néphrectomie et splénectomie. *Progrès en Urologie*, 16, 772
- MUNGADI I. A., NTIA I. O., LEGBO J. N. and ABUBAKAR U., 2005.** An audit of nephrectomy by General Surgeons. *Nigerian Journal of Surgical Research Vol 7 N° 3-*: 256- 259.
- RAFIQUE M, 2000.** Nephrectomy: indications, complications and mortality in 154 consecutive patients. *J Pak Med Assoc.*; 57(6):308-11.
- RANTOMALALA H. Y. H, CALVET C, DOUSSAU DE BAZIGNAN A., TAUZIN-FIN P., BALLANGER P., 2007.** *Revue Tropicale de Chirurgie* 18-21.