

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (MESRS) REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Université des Sciences, des Techniques et
des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

FMOS

Année universitaire : 2020- 2021

N°

MEMOIRE

INDICATIONS OPERATOIRES DES NEPHRECTOMIES DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU POINT G

Présenté et soutenu publiquement le 24/12/2021 devant le jury de
la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

Dr TRAORE Mohamed Salif

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées en Urologie.

JURY :

Président : Pr Berthé Honoré Jean Gabriel

Membres : Dr Coulibaly Mamadou Tidiane

Dr Kassogué Amadou

Dr Diarra Alkadri

Dr Diallo Moussa Salifou

Directeur : Pr Diakité Mamadou Lamine

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Au nom d'ALLAH Clément et Miséricordieux Dieu! Le souverain du monde que nous adorons et dont nous implorons la très haute bénédiction. Louange à ALLAH et à son prophète MOHAMED (P. S. L) ! Qui a fait que je sois de ce monde et qui m'a apporté un soutien sans faille et le courage nécessaire pour me permettre de mener bien mes quotidiennes. Permettez moi chers parents, amis, encadreurs, à cette circonstance solennelle de vous adresser cette dédicace pour vous témoigner ma reconnaissance indéfectible à la suite de votre remarquable concours grâce auquel j'ai pu édifier ce travail.

Je dédie ce mémoire à :

Notre père *Salif Traoré* ; je te dois tout. Les mots sont incapables de traduire les liens qui unissent un enfant à ses parents. Ton amour bienveillant, ton dévouement, ta rigueur, et ta persévérance m'ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité, la dignité. Tu as toujours souhaité pour tes enfants les meilleures études et les meilleures conditions de vie. Sans ton soutien inestimable ce travail n'aurait pas abouti. A toi toute mon affection et ma gratitude éternelle. Puisse ce travail te donner une légitime fierté puisse le tout puissant te garder aussi longtemps que possible auprès de nous cela à cause de Rassoulou.

A ma chère et tendre épouse Dr Lalla Aicha Sall, voici le fruit de cinq ans de labeur; ce travail est le tien, mon vocabulaire n'est pas assez riche pour qualifier ton engagement afin que cette spécialisation puisse se faire et se terminer en paix ; ton apport est fait devant Dieu lui-même, puisse ce travail te donner une légitime fierté.

A la mémoire de notre maman Nando BENGALY dite Mariam, ton affection, tes multiples prières et bénédictions m'ont permis de surmonter plusieurs obstacles de la vie quotidienne. Tu as consacré toute ta vie pour le bonheur de la famille. Trouvez en ce travail, l'expression de la profonde affection. Que DIEU le tout puissant t'accueille au sein de son paradis amen. Dors en paix chère mère.

REMERCIEMENTS

A mon frère Ibrahima Traoré et à ma belle sœur Sosso Diallo
Sachez que je compte sur vous; que DIEU vous assiste.

A mes tantes Biba Koné, Molobali, Koura, Mantenin, Rokia,
Makoya, Vos conseils et vos bénédictions ont éclairé ma vie,
trouvez ici toute ma gratitude.

A mes pères et tontons : Bill Traoré, F. Djomo, Kassim, Adama,
Seydou Diarra, Broulaye, F. Agoumour T. Maïga, Oumar,
Zoumana, Bouba, Ce travail est également le votre, rendu possible
par vos soutiens moraux, vos présences continues. Permettez-moi
de vous exprimer ma profonde gratitude.

Aux Professeurs Tembely Ali Douro et Ouattara Zanafon, merci
pour votre enseignement et vos conseils.

Aux Dr Sory I Kone, Dr Traoré Tièmoko, Dr Haidara K de l'hôpital
NianankoroFomba de Ségou et tout son staff ; merci pour l'accueil
lors de notre séjour chez vous au compte du stage rural. Sans
oublier l'administration et l'ensemble du personnel des services de
chirurgies et d'anesthésie.

A tout le personnel du service d'urologie du Point G ; Gabriel Touré
et de Kati. Merci pour votre bonne collaboration.

Aux Docteurs SamassekouAissata, Sissoko Idrissa, Diarra
Moumouni, Guissé Abdoul, Coulibaly Lahassana, Badiagacheikna
Dr Kanté K merci pour vos accompagnements.

A mes cadets Dr Phillipe Dr Doumbia Y, Dr Badara, Dr
Mahamadou Traoré; merci pour vos accompagnements.

A la mémoire de mes grands parentsDanzié BENGALY dit Lamine,
Karim TRAORE ma grand-mère paternelle Sokoura TRAORE dite

Mariam, mon ami Abdoul Fatha Vous demeurez toujours dans mes pensées. Qu'ALLAH vous accorde son éternel paradis.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury :

Professeur Honore Jean Gabriel BERTHE

- **Chirurgien Urologue et andrologue ;**
- **Maître de conférences d'urologie à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G ;**
- **Secrétaire général du bureau de l'Association Malienne d'Urologie**
- **Coordinateur du D E S d'Urologie du Mali ;**

Cher Maître,

Nous sommes très fiers d'avoir appris à vos côtés et heureux et que vous ayez accepté de présider ce jury de ce travail. Votre disponibilité, votre amour pour le travail bien fait et votre rigueur scientifique ont amélioré la qualité de ce travail. C'est l'occasion pour nous de vous réaffirmer notre grande admiration. Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et membre,

Docteur Mamadou Tidiane COULIBALY

- **Chirurgien urologue et andrologue au service d'urologie du CHU Gabriel Touré**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Maître-assistant à la FMOS**
- **Membre de l'association malienne d'urologie**
- **Chef de service d'urologie du CHU Gabriel Touré**

Cher Maître,

Nous sommes émerveillés par votre compétence, votre dynamisme, votre amour pour le travail bien fait ; nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés

Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et membre,

Docteur Alkadri DIARRA

- **Chef de service d'urologie du CHU Luxembourg**
- **Pédagogue médical diplômé de l'Université de Bordeaux 2/France.**
- **Communicateur médical diplômé de l'Université de Bordeaux 2/France.**
- **Maitre-assistant d'Urologie du CAMES.**
- **Vice-président du Conseil National de l'Ordre des Médecins.**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre goût pour le travail bien fait, vos qualités pédagogiques et humaines font de vous un espoir certain de l'urologie. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Cher Maître, vous avez initié et suivi ce travail, s'il est accepté, le mérite vous revient entièrement. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance. Nous prions ALLAH le Très miséricordieux de vous accorder sa clémence dans une longue vie en bonne santé.

A notre maître et membre,

Docteur Amadou KASSOGUE

- **Chirurgien urologue et andrologue**
- **Chef de service d'urologie au CHU-Pr Bocar Sidi SALL de Kati**
- **Diplômé en pédagogie médicale et en communication médicale scientifique**
- **Membre de l'Association Malienne d'Urologie (AMU)**
- **Maitre-assistant à la FMOS**

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie.

Permettez-nous, cher maitre de vous exprimer notre respect et toute notre reconnaissance.

A notre maître et membre,

Docteur Moussa Salifou DIALLO

- **Chirurgien urologue des armées**
- **Praticien hospitalier au CHU-Pr Bocar Sidi SALL de Kati**
- **Membre de l'Association Malienne d'Urologie (AMU)**
- **Maitre-assistant à la FMOS.**

Cher Maître,

Votre qualité humaine et intellectuelle, votre disponibilité et votre simplicité nous ont beaucoup marqué; vos qualité scientifique sont des exemples à suivre recevez ici cher maitre notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre maître et directeur de mémoire :

Professeur Mamadou Lamine DIAKITE

- **Chef de service d'urologie du CHU point G**
- **Chirurgien Urologue, Andrologue ;**
- **Professeur titulaire en Urologie à la FMOS;**
- **Membre de l'Association Malienne d'Urologie ;**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail. La spontanéité avec laquelle vous nous avez accueilli reste un acte inoubliable pour nous. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre générosité, votre disponibilité nous ont beaucoup marqué. Votre simplicité et vos qualités scientifiques sont des exemples à suivre. Recevez ici cher Maître notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

La liste des abréviations

D.E.S : Diplôme d'étude spéciale

FMOS : Faculté de médecine et d'Odontostomatologie

INFSS : Institut Nationale de Formation Socio sanitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ECBU : **Examen cyto bactériologique des urines**

NFS : **Numération formule sanguine**

SJPU : Syndrome de jonction pyélourétérale

UHN : Urétérohydronéphrose

Liste des Tableaux

Tableau I : Répartition en fonction des types d'intervention au service d'urologie CHU point G de Janvier 2017 à décembre 2020	11
Tableau II: Répartition des patients selon le résultat de la palpation	17
Tableau III: Répartition des patients selon le résultat du toucher pelvien.....	18
Tableau IV : Répartition des patients en fonction du résultat de l'échographie abdominopelvienne.	20
Tableau V : Répartition des patients en fonction du résultat de l'Uroscanner	21
Tableau VI : Répartition des patients en fonction du diagnostic per opératoire.	22
Tableau VII: Répartition des patients en fonction du type de néphrectomie réalisé.....	23
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de la voie d'abord	23
Tableau IX : Répartition des patients selon les autres gestes associés à la néphrectomie.	24
Tableau X : Répartition des patients en fonction de la durée de l'intervention.	25
Tableau XI : Répartition des patients en fonction du poids de la pièce opératoire.	25
Tableau XII: Répartition des patients en fonction du résultat l'examen anatomo-pathologique.	26
Tableau XIII: Répartition des patients en fonction du type de complications	27

Tableau XIV: Répartition des patients selon la durée de l'hospitalisation.	27
---	----

Liste des figures

Figure 2: Répartition des patients en fonction de l'âge	12
Figure 3: Répartition des patients en fonction du sexe	12
Figure 4: Répartition des patients selon la résidence.	13
Figure 5: Répartition des patients selon le groupe de profession .	13
Figure 6 : La douleur de la fosse lombaire était le motif de consultation le plus fréquent soit 73% des cas.	14
Figure 7: La répartition des patients selon le mode d'admission	14
Figure 8: Répartition des patients selon les antécédents médicaux. La majorité de nos patients n'avait pas d'antécédent médical soit 76% des cas.	15
Figure 9: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux. La majorité de nos patients n'avait pas d'antécédent chirurgical soit 81% des cas.	15
Figure 10: Répartition des patients selon les antécédents urologiques. La bilharziose urinaire représentait l'antécédent urologique le plus retrouvé soit 32% des cas.	16
Figure 11 : Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels.....	16
Figure 12 : Répartition des patients selon le résultat de l'examen cyto bactériologique des urines. Le germe le plus fréquent était E. coli avant l'intervention.	18
Figure 13 : Répartition des patients selon la créatininémie.....	19
Figure 14: Répartition des patients en fonction du taux d'hémoglobine. Une anémie était présente chez 21 de nos patients	

le taux d'hémoglobine était inférieur à 12g/dl soit 57 % des cas.
Ailleurs 11% de nos patients présentait une hyperleucocytose soit
4 cas.19

Sommaire

Introduction	2
OBJECTIFS	5
1. Objectif général	5
2. Objectifs spécifiques	5
I. Méthodologie	7
1 Cadre d'étude :	7
2 Type d'étude :	7
3 Période d'étude :	7
4 Population d'étude :	7
5 Critères d'inclusion :	8
II. Résultats	11
III COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	29
IV Conclusion et recommandations	34
Références bibliographiques :	37
ANNEXES	39

INTRODUCTION

Introduction

La néphrectomie qui désigne l'ablation chirurgicale d'un rein est une décision thérapeutique de dernier recours [1]. Elle est de pratique quotidienne en urologie, amène le spécialiste à résoudre certains problèmes pour lesquels la décision n'est pas aisée.

En effet deux indications principales uro-néphrologiques incitent à l'appliquer.

- La première situation : c'est lorsque le rein est complètement détruit par une affection évolutive congénitale ou acquise avec une fonction rénale altérée.
- La seconde situation correspond au cas où le rein est atteint d'un processus tumoral, et que son exérèse devient plus bénéfique pour l'organisme que sa conservation.

S'il agit d'une tumeur maligne du rein, l'indication de la néphrectomie ne fait pas de doute. Parfois la décision de réaliser la néphrectomie est difficile d'autant surtout si cette elle doit tenir compte de la valeur fonctionnelle du rein cela pour plusieurs raisons :

- la non fiabilité des méthodes d'appréciation de la fonction rénale qui sont biologiques et radiologiques,
- le rein controlatéral peut vite être le siège de cette même affection qui a anéanti le premier,
- les deux reins sur le plan fonctionnel peuvent être simultanément et considérablement compromis,
- Le traitement conservateur ne pourra-t-il pas permettre au dit rein de récupérer partiellement ou totalement ?

La néphrectomie comme intervention chirurgicale est un acte délicat faisant courir plusieurs risques, il s'agit : une brèche au

niveau du diaphragme et de la plèvre, l'ablation de la surrénale, une ouverture du péritoine, une lésion de la veine cave inférieure, une hémorragie par cadrage de la ligature au niveau du pédicule ; une fistule artério-veineuse pour ne citer que ceux-ci.

Parfois elle est techniquement impossible à cause des adhérences après les poussées d'infection rénale (perinephrite scléreuse)

En Europe les affections malformatives ou acquises occupent la première place des indications de néphrectomie avec 10,2 % [1] ; tandis que la pathologie tumorale du rein n'est que pour 3% des cas chez l'adulte [2; 3; 4].

A Dakar une étude réalisée en 2012 au service d'urologie de l'Hôpital Général Grand Yoff retrouvait comme indication opératoire : les tumeurs du rein (44,8%) les pathologies obstructives (34%) et les pathologies infectieuses (17,2%)[5].

Selon une autre étude menée au CHU Gabriel Touré et de celui du Point G, en 2013, la néphrectomie pour tumeurs rénales solides occupait le cinquième rang des activités chirurgicales, soit une fréquence de 3,41% [6,7].

Malgré cette fréquence relativement élevée de la néphrectomie au Mali, peu d'études ont été menées sur la néphrectomie dans ses indications en globalité et l'évaluation des suites opératoires d'où l'intérêt pour nous d'initier la présente étude et aura pour :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. Objectif général

Identifier les indications de la néphrectomie dans le service d'urologie du CHU du point G.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la néphrectomie dans le service d'urologie.
- Enumérer les indications d'une néphrectomie dans le service d'urologie du CHU du point G.
- Enumérer les complications de la néphrectomie.

METHODOLOGIE

I. Méthodologie

1 Cadre d'étude :

Le service d'Urologie du CHU point G :

Le local est constitué de 5 bureaux (chef de service, médecin urologue, major), 3 salles de garde (D.E.S internes, infirmiers) ,19 salles d'hospitalisations et 39 lits (9 salles de 3ème catégorie ; 5 salles de 2ème catégorie, 5 salles de 1ère catégorie) ; une salle de soin ; 12 toilettes et des magasins.

Son personnel est composé de quatre (4) urologues, deux assistants médicaux, un technicien supérieur de santé, quatre (4) techniciens de santé, deux (2) aides-soignantes, deux techniciens de surface. Les activités du service sont entre autres les consultations et les actes chirurgicaux.

En plus de la prise en charge des affections urologiques, le service d'Urologie contribue à la formation des étudiants des différentes écoles socio-sanitaires publiques (FMOS, INFSS) et privées ainsi qu'à la formation des D.E.S en urologie.

2 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service d'urologie du centre hospitalier universitaire du point G.

3 Période d'étude :

Du 01 janvier 2017 au 31decembre 2020, soit une période de 48 mois.

4 Population d'étude :

Notre travail a porté sur tous le dossier des patients chez qui il a été réalisé une néphrectomie dans le service d'urologie. Elle a été réalisée après un diagnostic radiologique de la pathologie causale pendant la période d'étude.

5 Critères d'inclusion :

Nous retenus tous les patients hospitalisés dans le service chez qui nous avons posé l'indication d'une néphrectomie avec un dossier médical exploitable.

6 Critères de non inclusion :

Il n'a pas été inclus tout dossier médical inexploitable ; les patients chez qui une néphrectomie n'a pas été réalisée.

7-Les paramètres étudiés:

Les patients recrutés ont été reçus en consultation ordinaire ou en urgence.

Echantillonnage : Le recrutement a été fait à l'aide d'un questionnaire préalablement élaboré par nous même et validé (Voir annexe).

Nous avons étudié les paramètres suivants :

L'âge ;

Le sexe ;

La profession ;

Le mode d'entrée ;

Les signes radiologiques ;

Les indications

Les voies d'abord

La technique opératoire

Ont eu un traitement :

Il a été réalisé une néphrectomie à ciel ouvert et sous anesthésie générale. Il s'agissait soit d'une néphrectomie totale ou totale élargie selon la pathologie responsable de la destruction du parenchyme rénal.

Lorsque parenchyme rénal était détruit associé un envahissement des ganglions régionaux dans les cas de cancer du rein ; en préopératoire, une néphrectomie totale élargie a été faite.

Un traitement antibiotique et antalgique a été administré chez tous nos patients

8Recueil des données :

Les données ont été recueillies sur fiches d'enquête (voir annexe).

Saisie et analyse des données : Les données ont été saisies sur Microsoft Excel 2007et analysées sur le logiciel EPI .INFO 7.2.

RESULTATS

II. Résultats

1- Aspect épidémiologique de la néphrectomie

Tableau I : Répartition en fonction des types d'intervention au service d'urologie CHU point G de Janvier 2017 à décembre 2020

Type d'intervention	Fréquence	Pourcentage
Chirurgie porstatique	244	23,8%
Cure de fistule vésico-vaginale	181	17,6%
Chirurgie des pathologies lithiasiques	172	16,7%
Réimplantation uéréterovésicale	42	4,1%
Cure de hernie inguinale	41	4,0%
Cervictomie	38	3,7%
Néphrectomie	37	3,6%
Autres	272	26,5%
Total	1027	100,0%

Durant notre période d'étude la néphrectomie a été chez 37 patients soit 3,6%.

2-Données sociodémographiques

2-1 L'âge

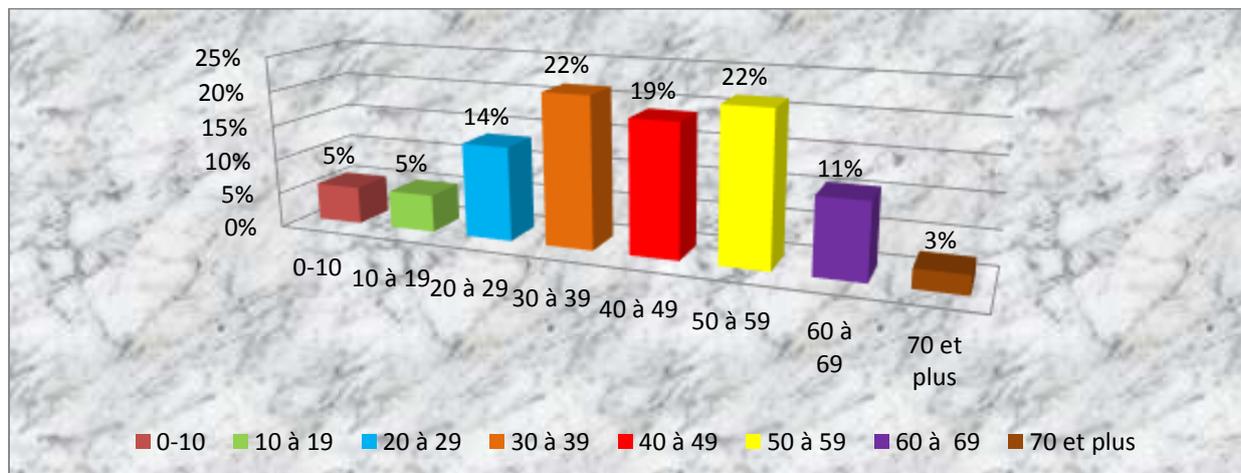


Figure 1: Répartition des patients en fonction de l'âge

La tranche d'âge de 40-60 ans a représenté 41% des cas. L'âge moyen était de 40ans avec les extrêmes de 3 à 70 ans.

2-2 Le Sexe

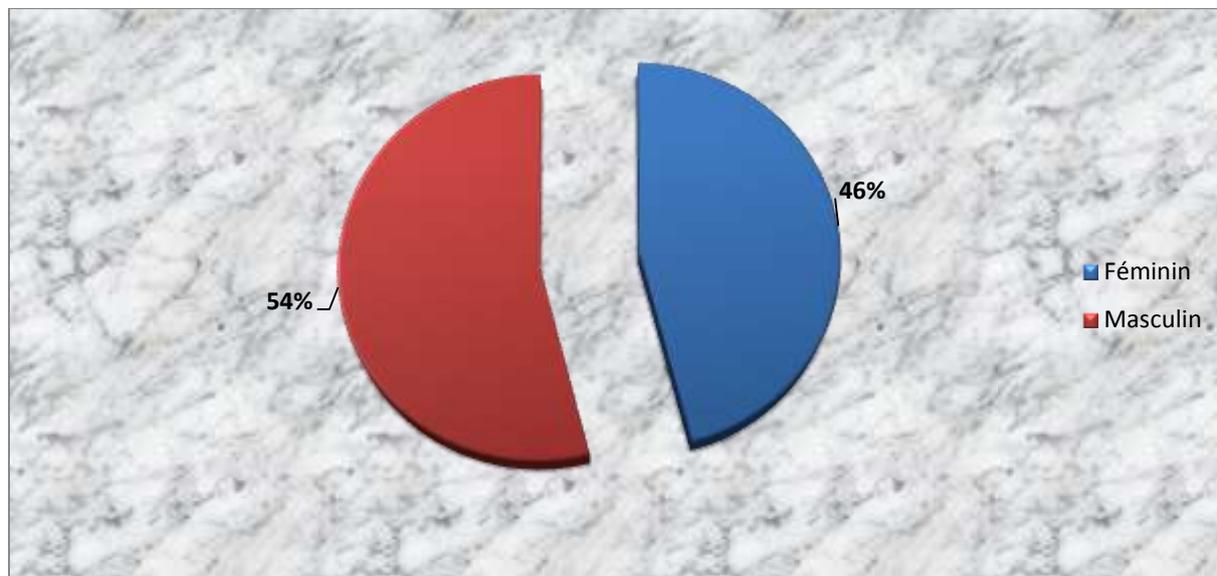


Figure 2: Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe masculin a concerné 20 patients soit 54% des cas ; le sexe ratio 1.17 en faveur des hommes.

2-3 La résidence

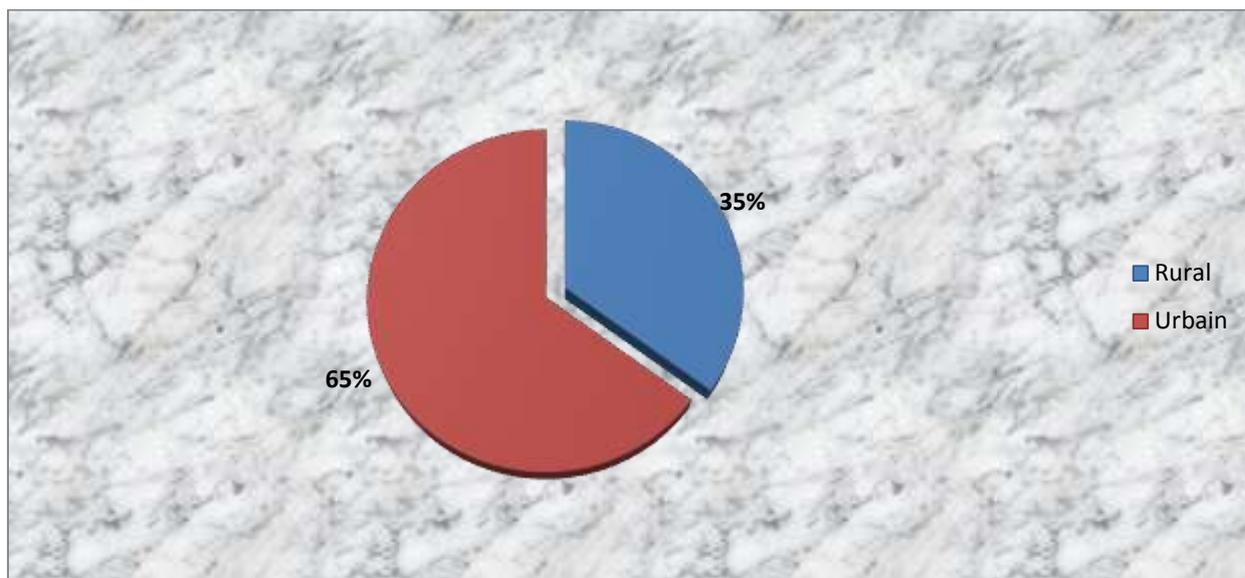


Figure 3: Répartition des patients selon la résidence.

Les patients résidaient en milieu urbain soit 65% des cas.

2-4 La Profession

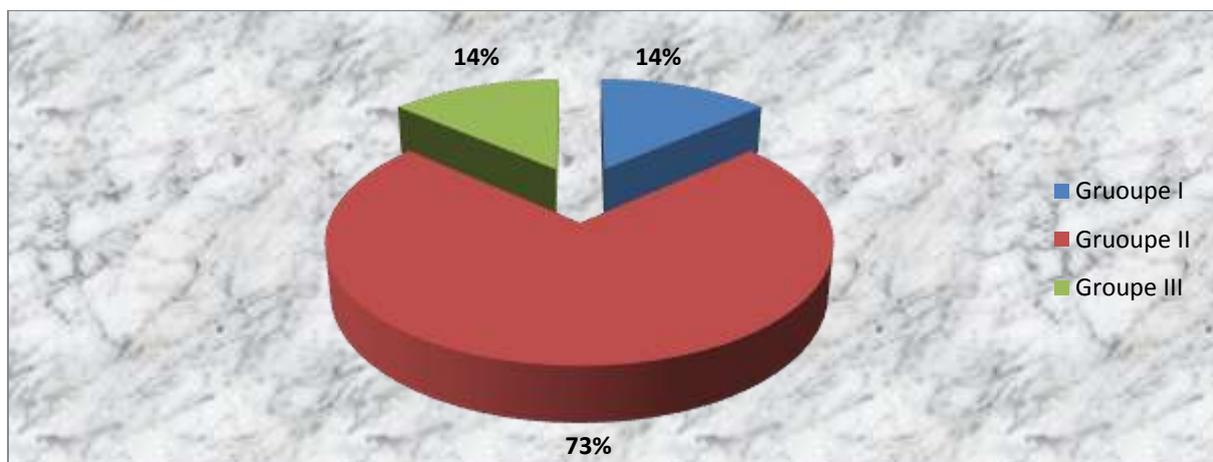


Figure 4: Répartition des patients selon le groupe de profession

Le groupe III a représenté 73% des professions exercées par nos patients

Groupe I = Policier ; Pompiste ; Infirmier ; Agronome ; Electricien

Groupe II= Ménagère ; Eleveur ; Cultivateur ; Chauffeur ;

Chargeur

Groupe III = sans emploi

3 Données cliniques

3-1 Motif de consultation

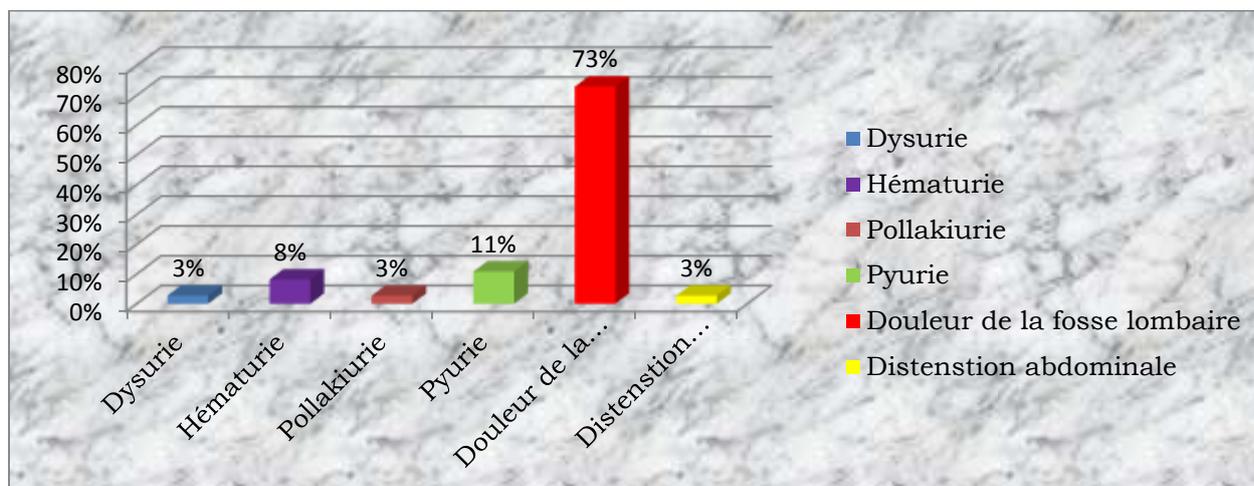


Figure 5 : La douleur de la fosse lombaire représentait 73% des motifs de consultation.

3-2 Le mode d'admission

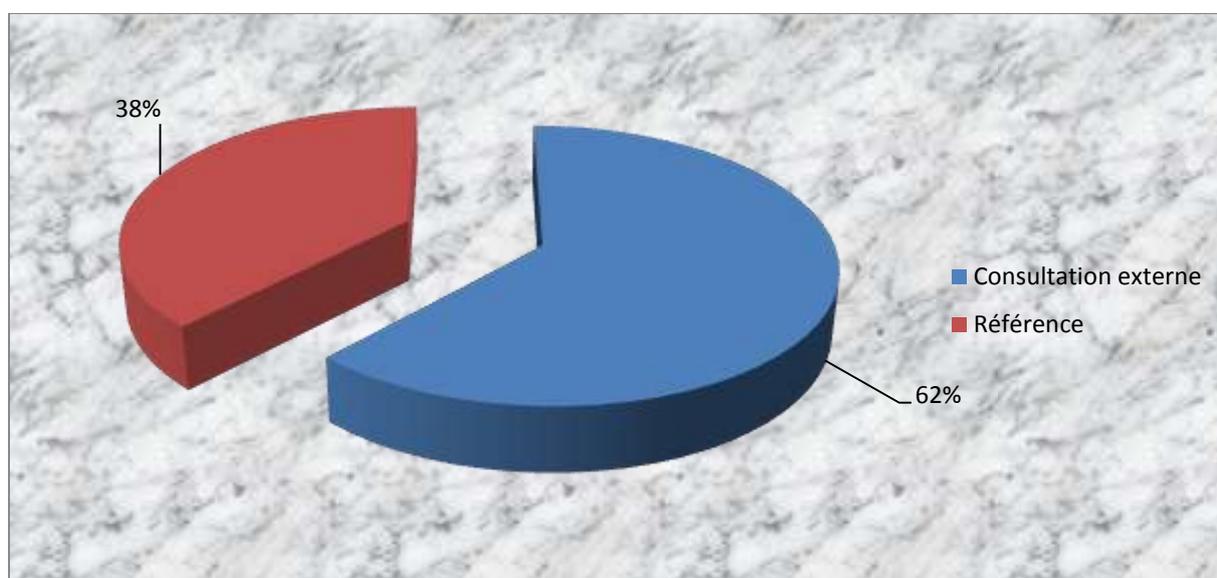


Figure 6: La répartition des patients selon le mode d'admission. Les patients ont été vus en consultation externe dans 62% des cas.

3-3 Antécédents

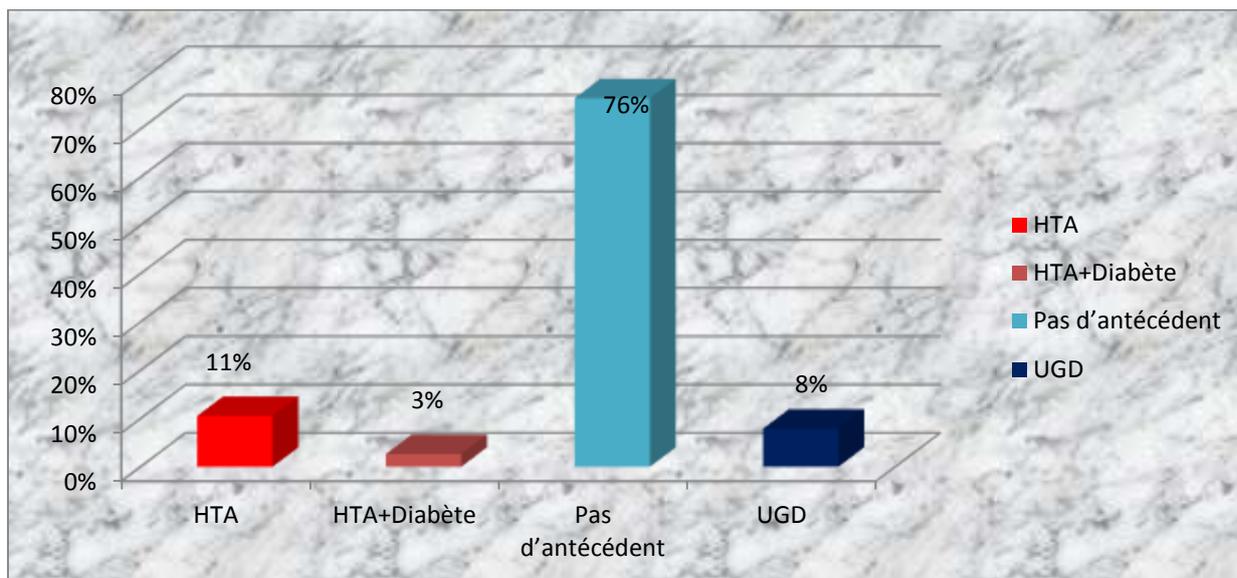


Figure 7: Répartition des patients selon les antécédents médicaux. Nos patients n'avaient pas d'antécédent médical dans 76% des cas.

3-4 Antécédent chirurgical

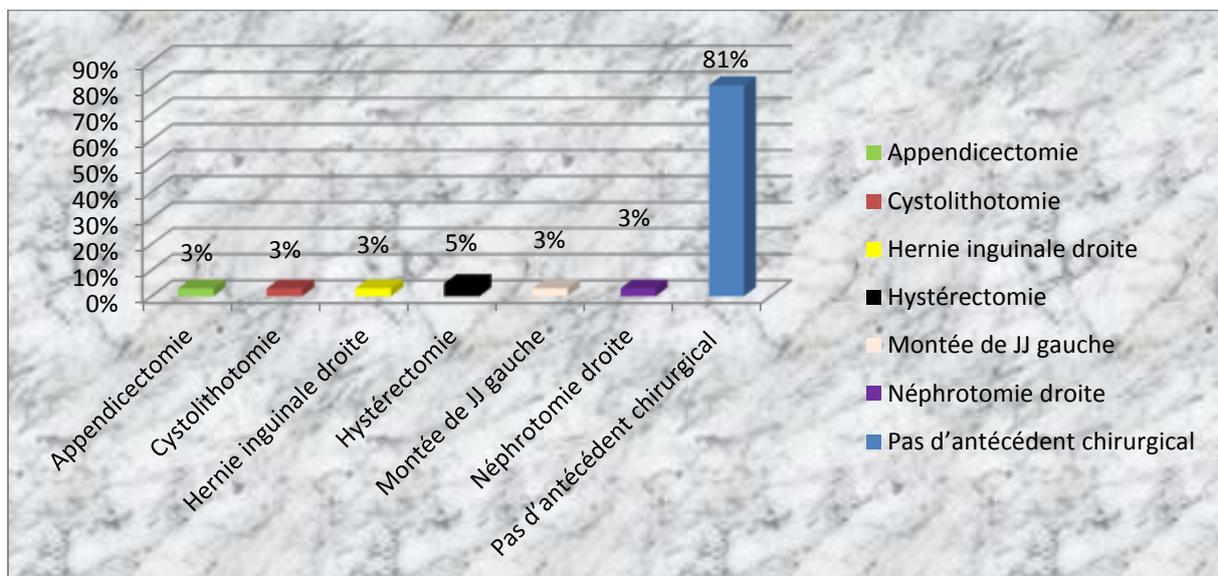


Figure 8: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux. Nos patients n'avaient pas d'antécédent chirurgical soit 81% des cas.

3-5 Antécédent Urologique

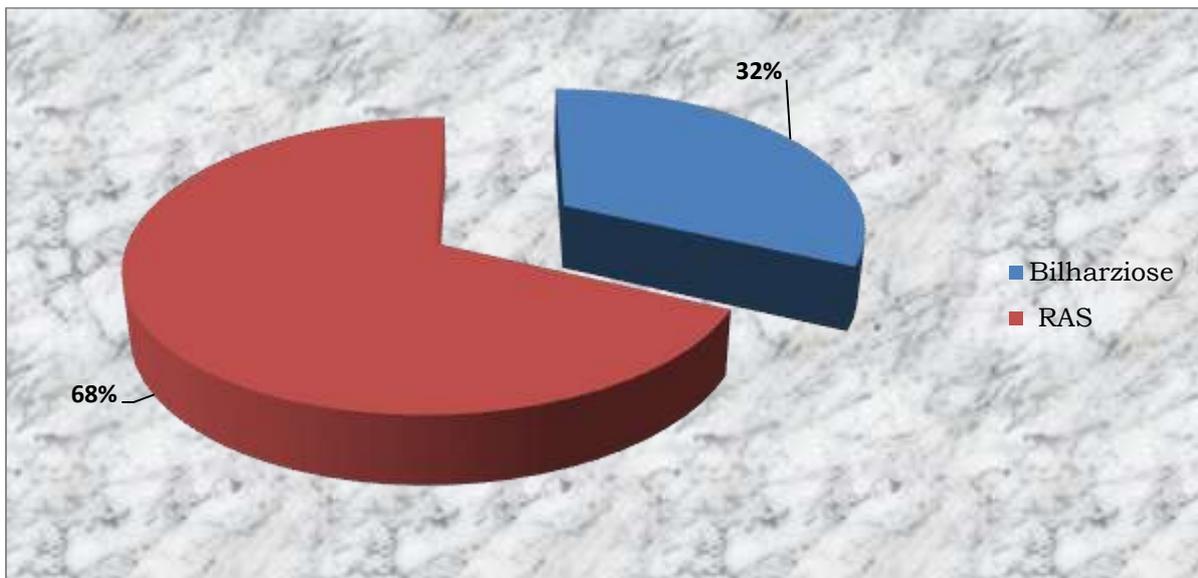


Figure 9: Répartition des patients selon les antécédents urologiques. Juste 32% de nos patients avait fait une bilharziose urinaire.

3-6 Examen général

3-6-1 Les signes fonctionnels

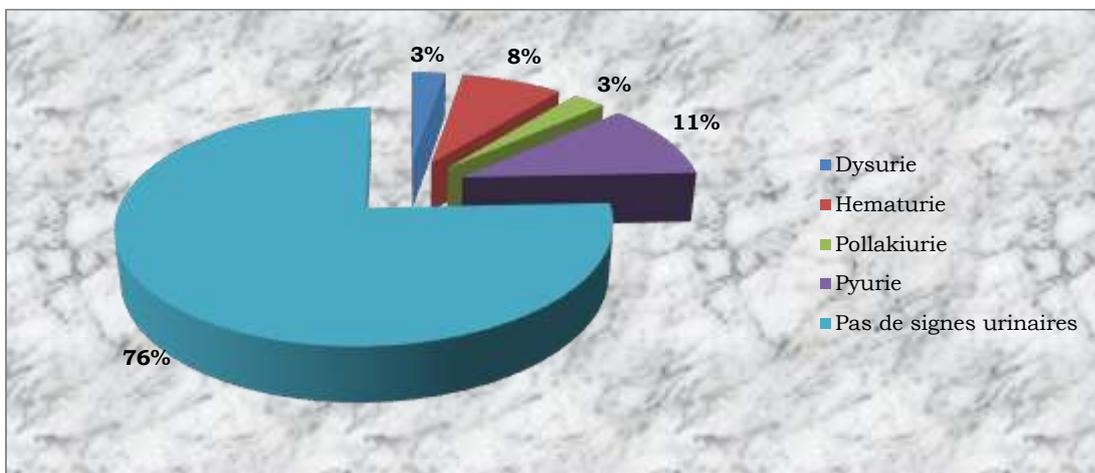


Figure 10 : Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels

Dans 76% des cas les patients n'avaient de signes fonctionnels, 11% de nos patients avaient présenté une pyurie.

2-6-2 Les signes généraux :

Tous nos patients avaient un bon état général avant l'intervention ; la fièvre était présente chez 5 patients soit 14% des cas ; un seul patient était amaigrissement soit 3%.

2-6-3 Les signes physiques

- **Inspection** a retrouvé une distension abdominale chez 7 patients soit 19% ;
- **La palpation**

Tableau II: Répartition des patients selon le résultat de la palpation

Résultat de la palpation	Fréquence	Pourcentage
Contact lombaire	7	19%
Normal	2	5%
Sensibilité lombaire	28	76%
Total	37	100%

La fosse lombaire était sensible Chez 28 patients (76%).

La percussion retrouvait un tympanisme chez 3 patients soit 8% des cas.

➤ Toucher pelvien

Tableau III:Répartition des patients selon le résultat du toucher pelvien

Toucher	Fréquence			Pourcentage		
	Normale	Anormale	Total	Normal	Anormal	Total
Vagin	15	2	17	88%	12%	100%
Prostate	17	3	20	85%	15%	100%
Total	32	5	37	86%	14%	100%

Chez 86% de nos patients le toucher pelvien était normal par contre 15% ont présenté une HBP et chez 2 patients soit 12% le doigtier revenait souillé de leucorrhée au toucher vaginal.

4-Données paracliniques

4-1 Biologique

4-1-1 ECBU

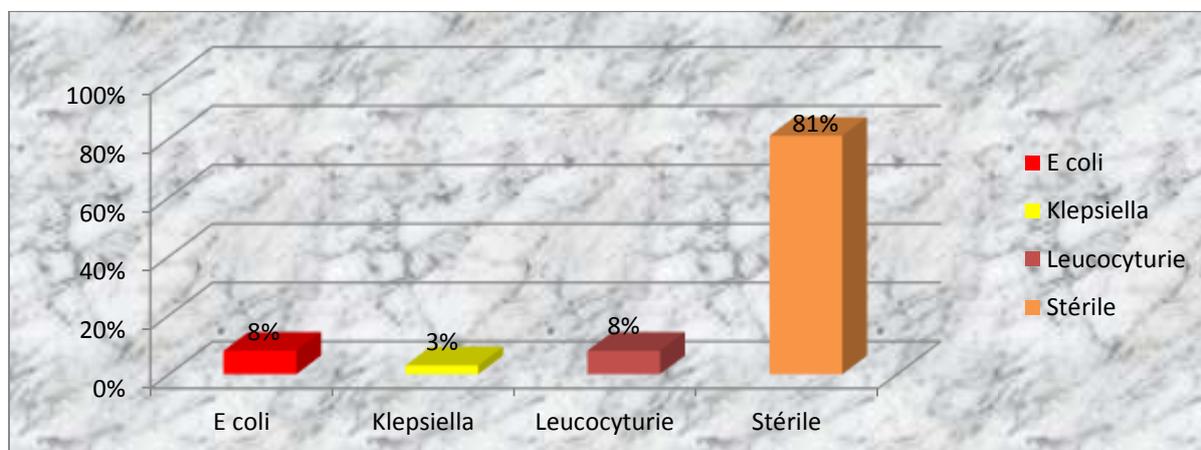


Figure 11 : Répartition des patients selon le résultat de l'examen cytobactériologique des urines. E.coli avait représenté 8% des germes retrouvés.

4-1-2 La créatininémie

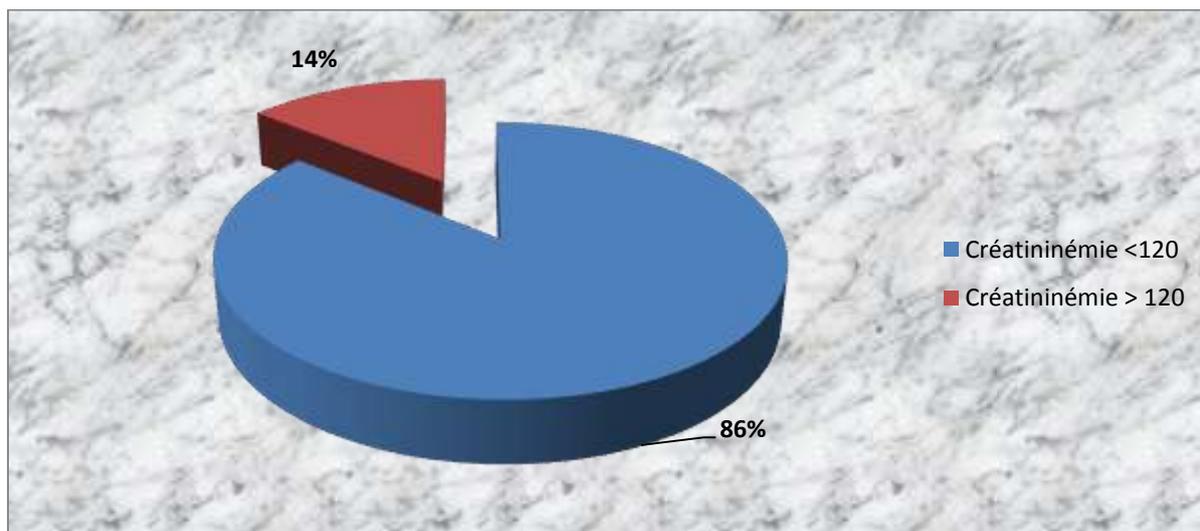


Figure 12 : Répartition des patients selon la créatininémie.

La créatininémie était normale dans 86% des cas

4-1 -3 La NFS

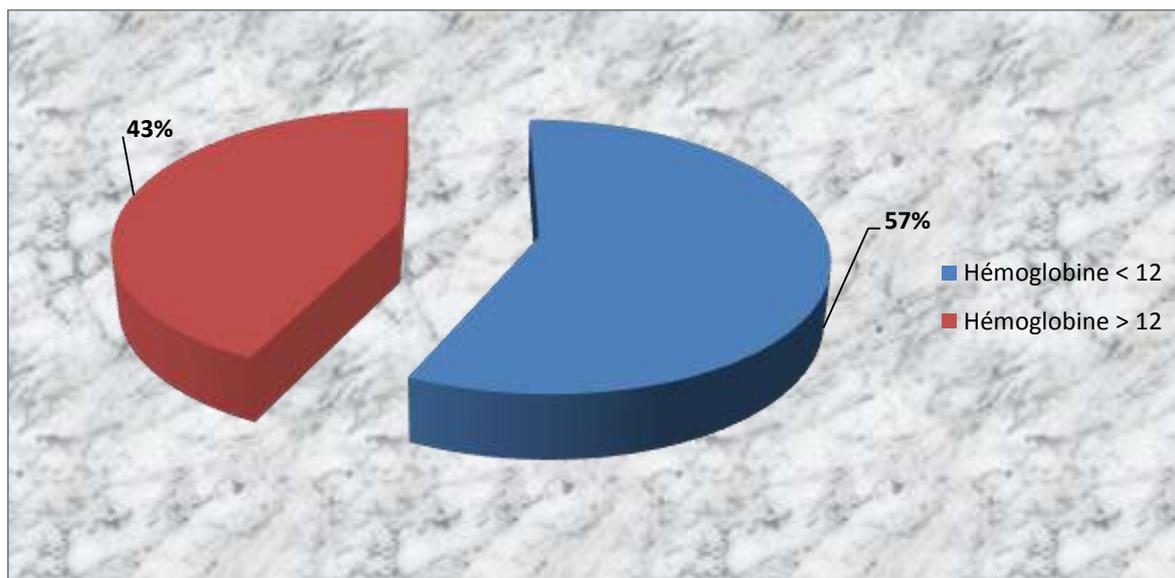


Figure 13: Répartition des patients en fonction du taux d'hémoglobine. Une anémie était présente chez 21 de nos patients le taux d'hémoglobine était inférieur à 12g/dl soit 57 % des cas. Ailleurs 11% de nos patients présentait une hyperleucocytose soit 4 cas.

4-2 Imagerie

4-2-1 Echographie

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du résultat de l'échographie abdominopelvienne.

Résultat Echographie	Fréquence	Pourcentage
Hydronéphrose avec parenchyme laminé	18	49%
Masse rénale	15	41%
Urétérohydronéphrose avec parenchyme laminé	3	8%
Kyste rénal	1	3%
Total	37	100%

L'échographie abdominopelvienne a révélé une hydronéphrose avec parenchyme laminé chez 49% de nos patients.

4-2-2Uroscanner

Tableau V : Répartition des patients en fonction du résultat del'Uroscanner

Résultat Uro TDM	Fréquence	Pourcentage
Tumeur rénale droite	9	24%
UHN droite parenchyme laminé	7	19%
Tumeur rénale gauche	5	14%
Hydronéphrose gauche	3	8%
UHN gauche parenchyme laminé	3	8%
Hydronéphrose droite	2	5%
Pyonéphrose droite/lithiase rénale	2	5%
Abcès rénale droit/ lithiase rénale	1	3%
Calcification Urétérale gauche	1	3%
Dysplasie kystique du rein gauche	1	3%
Pyonéphrose gauche/lithiase rénale	1	3%
Reprise après cure SJPU	1	3%
Sténose urétérale droite	1	3%
Total	37	100%

Le scanner a été réalisé chez 100% de nos patients ; le rein droit était pathologique dans 62% des cas.

5 Diagnostic

Diagnostic per opératoire

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du diagnostic per opératoire.

Pathologie	Fréquence	Pourcentage
Tumeur rénale	14	38%
UHN parenchyme laminé	10	27%
Hydronéphrose droite	5	14%
Pyonéphrose droite	3	8%
Abcès rénale droit	1	3%
Calcification Urétérale gauche	1	3%
Dysplasie kystique du rein gauche	1	3%
Reprise après cure SJPU	1	3%
Sténose urétérale droite	1	3%
Total	37	100%

Le diagnostic per opératoire était la tumeur rénale soit 38% des cas.

6 Traitement

6-1 Type de néphrectomie

Tableau VII: Répartition des patients en fonction du type de néphrectomie réalisé

TRAITEMENT	Fréquence	Pourcentage
Néphrectomie totale droite	14	38%
Néphrectomie totale gauche	8	22%
Néphrectomie totale élargie droite	8	22%
Néphrectomie totale élargie gauche	5	14%
Néphrectomie partielle gauche	1	3%
Néphrectomie partielle droite	1	3%
Total	37	100%

La néphrectomie totale a été réalisée dans 60% des cas et le coté droit a représenté 64% des cas;

6-2 Voies d'abord

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de la voie d'abord

Voies	Fréquence	Pourcentage
Lombotomie droite	16	43%
Laparotomie	10	27%
Lombotomie gauche	10	27%
Incision pararectale gauche	1	3%
Total	37	100%

La lombotomie a été réalisée dans 70% des patients soit 26 cas.

6-3 Autres gestes réalisés

Tableau IX : Réparation des patients selon les autres gestes associés à la néphrectomie.

Gestes	Fréquence	Pourcentage
Absence d'autres gestes	21	57%
Curage Ganglionnaire	6	16%
Uretérectomie droite	4	11%
Uretérectomie gauche	2	5%
Anastomose ilioiléale	1	3%
Anatomosecolocolique	1	3%
Correction de l'éventration	1	3%
Thrombectomie	1	3%
Total	37	100%

Dans 43% des cas un autre geste avait été associé à la néphrectomie le curage ganglionnaire représentait 16% des gestes.

5-4 Durée de l'intervention

Tableau X : Répartition des patients en fonction de la durée de l'intervention.

Temps	Fréquence	Pourcentage
2h	10	27%
2h30	7	19%
1h30	5	14%
2h10	3	8%
2h20	2	5%
2h45	2	5%
1h40	1	3%
1h45	1	3%
1h50	1	3%
2h15	1	3%
2h25	1	3%
2h40	1	3%
3h10	1	3%
3h40	1	3%
Total	37	100%

La durée moyenne de l'intervention était de 2h30 min

5-4 Poids de la pièce opératoire

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du poids de la pièce opératoire.

Poids en gramme	Fréquence	Pourcentage
200-2000	30	81%
100-180	3	8%
Sup à 2000	3	8%
Non pesé	1	3%
Total	37	100%

La pièce opératoire pesait entre 200-2000 grammes soit 81% des cas.

7- Examen anatomo-pathologique des pièces opératoires

Tableau XII: Répartition des patients en fonction du résultat l'examen anatomo-pathologique.

Type histologique	Fréquence	Pourcentage
Glomérulonéphrite chronique	15	39%
Carcinome à cellule claire	5	13%
Néphrite Aigue suppurée	4	11%
Carcinome papillaire	3	8%
Angiomyolipome	2	5%
Néphrite Chronique	2	5%
Adenocarcinome	1	3%
Adenomeonconcytaire	1	3%
Hyperplasie épithéliale	1	3%
Kyste	1	3%
Oncocytome	1	3%
Tissu fibro hémorragique	1	3%
Total	37	100%

Les glomérulonéphrites représentaient 39% des types histologiques suivi des tumeurs rénales 35% ; les carcinomes à cellule claire représentaient 13% des cas.

8- Complications

Complications per opératoires

Tableau XIII:Répartition des patients en fonction du type de complications

Types de complication	Fréquence	Pourcentage
Néant	30	81%
Hémorragie	3	8%
Ouverture péritonéale	3	8%
Lésion iléale	1	3%
Total	37	100%

Il n'y a pas eu de complication chez 30 patients soit 81%.

9- La durée de l'hospitalisation

Tableau XIV:Répartition des patients selon la durée de l'hospitalisation.

Durée	Fréquence	Pourcentage
5-10 jours	32	86%
sup 15 jours	4	11%
10-15 jours	1	3%
Total	37	100%

La durée de l'hospitalisation était de 5-10 jours soit 86% des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

III COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Au terme de notre étude de 48 mois qui a porté sur 1027 patients opérés dans le service d'urologie ; 37 néphrectomies ont été réalisées, ce qui représente une fréquence de 3,6%.

1. Les données socio épidémiologiques

1-1. L'âge : l'âge de nos patients varie entre 3 à 70 ans avec une moyenne de 40,46 ans contre 34,3 ans chez Guindo.O. La tranche d'âge les plus concernées étaient de 30-39ans et 50-59 ans soit 22% chacune contre 41à 60 ans soit 40% pour GUINDO. O [8]; Ballo M rapporte une prédominance de la tranche d'âge de 21 à 40 ans soit 41,7% [9].

1-2 Le sexe : il y'avait 20 hommes (54%) et 17 femmes (46%) avec un sex ratio de 1,17 contre1,2 pour GUINDO. O [8]. Ballo. M a obtenu dans sa série une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,6 [9].

2. Etudes cliniques :

2.1 Profil clinique des reins malades

a. Motifs de consultation : la douleur lombaire était le maître symptôme chez 35 de nos patients soit 94,3% contre 12 patients pour Guindo.O soit 60% [8]. Ballo M rapportait 95,8% [9].

Ce bas pourcentage pourrait s'expliquer par le retard de consultation. Elle était associée dans 2,7% cas à une distension abdominale et 2,7% à une pollakiurie.

b. Antécédents chirurgicaux : un (1) patient soit 3% avaient un antécédent d'appendicectomie. Deux (2) femmes avaient un antécédent d'hystérectomie soit 5%.

Cela pourrait s'expliquer par une lésion de l'uretère qui peut a la longue détruire le rein par urétéro hydronéphrose.

c. Antécédents urologiques : La bilharziose urinaire était le principal antécédent urologique soit 32% des cas contre 40% pour Guindo.O [8].

Ouattara A [11] rapportait 47,06% d'antécédent de bilharziose. Cela s'explique par le fait que la bilharziose non traitée peut entraîner des complications sur l'arbre urinaire telle que la sténose urétérale (urétéroHydronephrose, destruction du parenchyme rénal).

2.2 Données de l'examen physique :

L'inspection une distension abdominale était présente chez 19% des patients contre 40% pour Guindo. O [8].

A la palpation, 73% ont présenté une douleur à la palpation de la fosse lombaire contre 90% pour Guindo.O [8] avec un contact lombaire chez 7 patients soit 19% Ce résultat est inférieur à celui de Guindo.O [8]. CHAABOUNI M.N et coll. [1] qui ont obtenu respectivement 60% et 40% de masse palpable dans leur série.

Le toucher pelvien était normal chez 33 patients soit 89% ce résultat est comparable à celui de Guindo.O [8] qui a obtenu 90%.

2.3 Données de l'examen biologique :

A la NFS 21 patients soit 57% avaient une anémie. Ce résultat est supérieur à celui de Coulibaly I.M [7] qui a trouvé 29,6%; une hyperleucocytose a été observé chez 4 patients soit 11% des cas.

L'ECBU : sur l'ensemble des cultures des urines, 4 étaient positives soit 11% contre 37,5% pour Guindo. O [8], E. Coli à été le principale germe.

2.4 Données de l'examen biochimique: la fonction rénale était normale chez 32 patients (86%) sauf 5 qui avaient une créatininémie supérieure à 120 $\mu\text{mol/l}$. Ce résultat est comparable à celui de Coulibaly I.M [7] qui a trouvé 81,4%.

2.5. Données de l'examen radiologique :

2-5-1 L'échographie a été l'examen de première intention pour sa performance ; son innocuité son accessibilité et son coût. Elle a été réalisée chez tous les patients. Les résultats figurent sur le tableau IV qui était dominé par l'hydronéphrose et la masse rénale.

2-5-2 L'Uroscanner qui apprécie la fonction rénale a un intérêt capital dans la prise de décision. Elle a permis de visualiser 57% de rein muet contre 65% pour Guindo.O[8] ;Ballo M [9]a obtenu 66,7% de reins muets.

La fonction rénale controlatérale normale à 91% dans notre série. Cette fonction controlatérale normale était la condition indispensable à l'ablation du rein malade.

3-Indications de la néphrectomie:

C'était dans la majorité des cas : Les tumeurs, l'urétérohydronéphrose, hydronéphrose la pyonéphrose avec respectivement 38% ; 27% ; 14% ; 8% des cas ; ailleurs Coulibaly I. M [7] retrouvait les tumeurs, la pyo néphrose lithiasique, l'urétérohydronéphrose, la lithiase rénale, l'ectopie rénale, le syndrome de jonction pyelourétérale, le traumatisme du rein, avec respectivement 33,3% ; 18,5% ; 14,8% ; 14,8% ; 7,4%, 7,4%, 3,4% des cas.

4- Traitement :

La voie d'abord lombaire a été utilisée dans 70% des cas contre 90% des cas pour Guindo.O[8]. La néphrectomie a été élargie devant 12 cas soit 32% contre 2 cas soit (10%) pour Guindo.O[8]. Le rein droite était concerné dans 62 % contre 38% à gauche ce résultat est contraire à celui de Guindo.O[8] ; qui a trouvé 60% à gauche et 40% pour le rein droit.

La néphrectomie s'est achevée à moins de deux heures de temps dans 22% des cas.

Dans les cas où le temps était supérieur à deux heures il s'agissait le plus souvent des cas tumoraux.

Il est à noter qu'une de nos pièces de néphrectomie a pesé 4020 grammes.

5- Suites postopératoires :

Elles ont été favorables dans 81% des cas contre 90% pour Guindo.O[8]; 91,66% pour Ballo M [9] ; CHAABOUNI M.N et coll[1] ; en Tunisie rapportent une évolution favorable dans 72% dans leur série.

Nous avons déploré 1 cas de décès soit 2,7%.

Nos patients ont quitté l'hôpital dans un délai normal inférieur à 15 jours dans 86% des cas (32 patients). Le suivi au delà de 1 mois n'a été possible après la sortie malgré les consignes données.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

IV Conclusion et recommandations

1- Conclusion :

La néphrectomie était peu représentative parmi les activités chirurgicales durant notre période d'étude.

La pathologie tumorale du rein, la sténose du bas uretère ont été les principales indications de néphrectomie dans notre série.

L'échographie a été l'examen de première intention pour sa performance et son innocuité.

L'uroscanner a été capitale dans la prise de décision qui visualisait l'absence d'élimination des produits de contraste.

L'évolution à 1 mois était favorable chez la majorité de nos patients.

2-Recommandations :

+ Aux malades :

Nous demandons aux malades un recours précoce aux soins urologiques devant tout symptôme urinaire minime soit-il.

+ Aux personnels soignants :

- ✓ Dépistez de façon précoce et systématique d'une anomalie sur l'arbre urinaire ;
- ✓ Demandez un ECBU chez tout patient se plaignant de troubles urinaires
- ✓ Demandez une échographie et /ou un Uroscanner devant toute douleur lombaire afin d'étudier sa fonction rénale et l'état du parenchyme.
- ✓ Expliquez convenablement les consignes post opératoires aux pour un suivi correct ;
- ✓ Assurez la tenue correcte des dossiers médicaux des patients ;
- ✓ Assurez un bon archivage des dossiers médicaux
- ✓ Assurez la tenue correcte de tous les supports dans le service

+ Aux autorités sanitaires et politiques

- ✓ Formez en nombre suffisant de médecin spécialisé en urologie pour couvrir tout le pays.
- ✓ Améliorez la potentialité en matérielle de dernière génération du service d'urologie du CHU du Point G en mettant à leur disposition le matériel d'imagerie médicale moderne (scintigraphie statique et dynamique) permettant l'étude de la fonction séparée de chaque rein.
- ✓ Créez une équipe de transplantation rénale ;
- ✓ Soutenir une politique de lutte contre la bilharziose urogénitale et la prévention des complications liées à celle-ci.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques :

[1] CHAABOUNI M..N, BAHLOUL A. NJEH M. MHIRI M.N.

Les néphrectomies chez l'enfant à propos de 55 cas. Ann. Urol. 1994, 28, n°5, 250-253.

[2]GUINAN PD. VOGELZANG J.N, FREMGEN A.M.

Renal cell carcinoma: tumor size, stage and survival. J. urol. 1995, 153: 901-903.

[3] HELENON O. DENYS A. MELKI P.H, LEVY P.H, CORREASJ.M, CORNUD F. MOREAU J. F. Diagnostic radiologique du cancer du rein de l'adulte. Feuil. radiol. 1993, 33 : 339-59.

[4] - TERRIER F.Imagerie des tumeurs du rein. Masson Ed. Paris 1996, collection d'imagerie médicale 47 : 643-646.

[5]Ndoye M, NiangL ,Natchagande M , Jalloh M , Labou I , Gueye S. M ; Néphrectomies : indications-techniques et résultats au service d'urologie de l'hôpital général de grand Yoff de Dakar ; URO'ANDRO - Volume 1 - N° 2 - Avril 2014.

[6]DEMBELE. M.S Etude clinique et radiologique des tumeurs solides du rein dans les services d'urologie du chu du point g et du Gabriel Touré a Propos de 49cas thèse Med (Mali) 2013 n 222.

[7] COULIBALY. I. M ; Néphrectomie: expérience du service d'urologie du chu Gabriel Touré du 02 janvier 2018 au 31 décembre 2019 Thèse : juin 2021 n 131 Bamako (Mali)

[8] GUINDO.O : Indication de la néphrectomie dans le service d'urologie du CHU du point G, Thèse de médecine (Mali) 2008 N° 338

[9] BALLO M. Néphrectomies : Expérience du service d'urologie de l'HôpitalNational du Point G Thèse Med (Mali), 2000 n°21.

[10]. OUATTARA Z.A. Mutité rénale : Causes et prise en charge dans le service d'urologie de l'Hôpital du Point G Thèse Med (Mali), 2006 n°120.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Néphrectomie : Indications et suites opératoires immédiates.

N°de la fiche/-----/

Année /20----- /

I Identité du malade

A Renseignements démographiques.

Nom :

Prénom :

Age : Ans

Sexe :

Statut matrimonial :

- 1) Marié 2) célibataire 4) Veuf 5) Veuve 6) divorcé

B Renseignement professionnel :

- 1) Secteur fonctionnaire 2) Secteur rural 3) Secteur libéral

C Résidence

1-Provenance :

- 1) Kayes 2) Koulikoro 3) Sikasso
4) Ségou 5) Mopti 6) Tombouctou 7) Gao 8) Kidal 9)
Bamako 10) Autres

2- Milieu de vie : 1) Urbain

2) Rural

II Clinique

A Motif de consultation :

- 1) Douleur lombaire droite 2) Douleur hypogastrique 3) Masse
Hypogastrique
4) Hématurie 5) Douleur FID 6) Douleur FIG 7) Masse lombo-
abdominale 8) Brûlures mictionnelles 9)
Pyurie 10) Dysurie 11) AVP
12) Douleur de fosse lombaire gauche 13) fièvre 14) Autre

B Antécédent s :

1- Médicaux

- 1) HTA 2) UGD 3) Diabète 4) Drépanocytose
5) RAS

2-Urologique :

- 1) Bilharziose 2) Infection urinaire
3)Autres

3-Chirurgicaux

- 1) Hernie inguinale gauche 2) Appendicite 3)RUV gauche
4)Hystérectomie
4) Néphrolithomie gauche 5)Néphrolithomie droite 6) Ureterolithotomie gauche
7) Ureterolithotomie droite 8) Césarienne 9)Hernie inguinale droite
10)RUV droite
11) Pas d'antécédent

4-Gynécologique

- 1) Fibrome 2) Métrorragie 3) dyspareunie
2) 4) dysménorrhée
5) RAS 6) NA

III Examen clinique

- 1- **Signes fonctionnels** : a) Douleur b) Brûlures mictionnelles ; c)Pollakiurie ; d) Dysurie c) Gouttes retardataires e) Jet faible f) Urgenturie g) pyurie h) hématurie

2- Signes généraux :

- a)Fièvre b) amaigrissement c) AEG ; d) Bon état général e) Pâleur f) Conjonctives colorées

3- Signes physique :

Inspection : a) Voussure lombaire droite b) Voussure lombaire gauche
c)lésions costale gauche d) lésions costale droite e) globe vésical

Palpation :a) contact lombaire droit, b) contact lombaire gauche, c)sensibilité lombaire d) gauche sensibilité lombaire droite

Percution : a)Tympanisme b) Matité

Toucher rectal : a) douloureux ; b) prostate normale c) prostate augmentée
d) Non douloureux

IV Examens complémentaires :

A Biologie

A -1 NFS :a) Hb <12g/dl b) Hb≥ 12g/dl; c) Neutrophiles<10 000/mm³;d)Neutrophiles>10 000/mm³

A-2 Créatininémie : a) taux <120mmol/l b) taux≥120mmol/l

A-3 Glycémie : a) taux ≤ 1,10g/dl b) taux > 1,10 g/l

A-4 ECBU : a) E.coli b)Klebsiela c) Proteus d) Stérile d)Autres
e) Non fait

B Imagerie

B1 Echographie abdomino-pelvienne

- a)UHN droite parenchyme laminé b)Hydronephrose droite parenchyme laminé
c)HBP
d) Epaissement de la paroi vésicale e)Masse rénale droite f) UHN gauche parenchyme lamine
g)Hydronephrose gauche parenchyme laminé h)Masse rénale gauche
i)Pyonéphrose gauche
j) Pyonéphrose droite k) Non fait

B-2 Uroscanner

- a) UHN droite parenchyme laminé
- b) Hydronéphrose droite parenchyme laminé
- c) HBP
- d) Épaississement de la paroi vésicale
- e) Masse rénale droite
- f) UHN gauche parenchyme lamine
- g) Hydronéphrose gauche parenchyme laminé
- h) Masse rénale gauche
- i) Pyonéphrose gauche
- j) Pyonéphrose droite
- k) Sténose du bas uretère droit
- l) Sténose du bas uretère gauche
- m) Lithiase uretère droit
- n) Lithiase uretère gauche
- o) lithiase pyélique gauche
- p) lithiase pyélique droite

B-3 Cystoscopie

- a) HBP
- b) Reflux vésico-urétérale ;
- c) Masse intravésicale ;
- d) Non Fait

C Examen anatomo-pathologique

C-1 Examen macroscopique

- Type de prélèvement
- a) Poids
- b) Tumorectomie
- c) Néphrectomie

C-2 Examen histologique :

- a) Carcinome à cellule claire
- b) Carcinome papillaire
- c) Carcinomes Chromophobes
- d) Adénome onconcytaire
- e) Angiomyolipome
- f) Pyélonéphrite chronique
- g) Pyélonéphrite aiguë
- h) Pyélonéphrite chronique

V Traitement

A Techniques

- a) Néphrectomie simple droite
- b) Néphrectomie simple gauche
- c) Néphrectomie totale droite
- d) Néphrectomie totale gauche
- e) Néphrectomie partielle gauche
- f) Néphrectomie partielle droite
- g) Néphrectomie totale élargie gauche
- h) Néphrectomie totale élargie droite
- i) Néphrectomie totale gauche +thrombectomie
- j) Néphrectomie totale droite +thrombectomie

B Voies d'abord

- a) Lobotomie droite
- b) Lobotomie gauche
- c) Laparotomie
- d) Laparolobotomie

C Durée de l'intervention

- a) <60 min b) 60-120 min >120 min

D Transfusion en per opératoire

- a) 2 Poches b) 3 Poches c)Sup 3 Poches
d)Non Transfusé

E Transfusion en postopératoire

- a)1-2 Poches b) 3 Poches c)Sup 3 Poches d) Non transfusé

F Admission en réanimation

- a)1-5jours b) Sup 5jours c)Non admis(e)

VI Complications

A Complications per opératoire

- 1) Hémorragie 2) Ouverture de la plèvre 3) Ouverture péritonéale
4)Brûlures cutanée
5) Décès 6) Néant

B Complications post opératoires**B-1 Complications immédiates**

- a)Hémorragie b) Décès
c)Néant

B-2 Complications moyens termes

- a)Hémorragie b) Suppuration pariétale c)Septicémie d) Simple e)Décès f) RAS

B-3 Complications à long terme

- a)Suppuration de la loge rénale b) Infection de la paroi c)Septicémie d) Simple
e)Décès
f) PAS de complication

C Durée d'hospitalisation

- a) 5 jours b)5-10 jours c)10-15 jours d) > 15 jours

D Suivi**D1 suivi à 15jours**

- a) Infection de la paroi b) Mauvaise cicatrisation c)Insuffisance rénale d) Simple
e)Récidive f) Décès

D-2 Suivi à 1mois

- a) Infection de la paroi b) Mauvaise cicatrisation c)Insuffisance rénale d)anémie
e)Simple
f) Récidive g) Décès

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : MOHAMED SALIF

Email : mohnas1412@gmail.com

Téléphone : 76236568/69671782

Titre du mémoire : Néphrectomie : indications opératoires au service d'urologie du CHU Point G du 1 janvier 2017 au 31decembre 2020

Année universitaire 2020-2021.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS.

Secteur d'activité : Urologie de l'Hôpital du Point G.

Résumé :

Notre étude rétrospective a porté sur 37 cas de néphrectomie durant une période de 48 mois dans le service d'urologie de l'Hôpital du Point G.

Elle a permis d'établir que : la néphrectomie a représenté 3,6% de l'activité chirurgicale en Urologie.

Les tumeurs du rein ont été observées avec un taux de 14/37, l'urétérohydronephrose 10/37, l'hydronephrose 5 /37, la Pyonephrose 3/37.

Le diagnostic a été à la fois clinique et radiologique.

A L'échographie et au scanner les patients avaient déjà un rein détruit.

La fonction du rein controlatéral à 86% était normale.

Les suites postopératoires ont été simples dans 91%.

Mots clés : Néphrectomie, Indication, CHU point G.