

Cas Clinique

**Traitement endoscopique d'une urétérohydroné-
phrose par compression urétérale au cours de la
maladie de Crohn**

**A. Hidoussi, A. Slama, M. Jaidane, N. Ben Sorba, A. Youssef et
A.F. Mosbah**

Service d'urologie, CHU Sahloul, Sousse, TUNISIE

RESUME

Il s'agit d'une patiente âgée de 38 ans suivie pour maladie de Crohn, qui a présenté une urétérohydronéphrose droite en rapport avec une compression extrinsèque à la suite d'une poussée inflammatoire iléo-coecale. Une prise en charge endoscopique a été décidée. Le rein droit a été drainé par une sonde de néphrostomie percutanée, puis une sonde double J a été mise en place de manière antégrade et une corticothérapie conjointement débutée. L'évolution clinique a été favorable sous traitement médical et la sonde double J a pu être enlevée 4 mois plus tard. Deux ans après la poussée inflammatoire iléo-coecale, la patiente n'a pas présenté de récurrence de son urétérohydronéphrose droite.

Mots clés : Maladie de Crohn, hydronéphrose, traitement conservateur

Correspondance: Dr Hidoussi Adnen, Service d'urologie, CHU Sahloul, 4054 Sousse
TUNISIE. E-mail : hidoussi_adnen@yahoo.fr

Détails d'acceptation: article reçu : 30/8/2007 article accepté (après corrections): 22/10/2007

INTRODUCTION

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique intéressant le tube digestif et qui peut dans certains cas engendrer des complications urologiques. Ces complications sont soit métaboliques soit inflammatoires¹. Les complications métaboliques sont principalement représentées par la formation de lithiases urinaires traduisant un syndrome de malabsorption au niveau de la dernière anse iléale. Les complications inflammatoires sont en rapport avec la nature de la maladie qui peut s'étendre à l'appareil urinaire par contiguïté et donner des fistules rectourétrales ou entérovésicales, avec leurs complications infectieuses locorégionales et des urétérohydronéphroses par compression urétérale¹⁻³.

Les auteurs rapportent le cas d'une patiente, suivie pour maladie de Crohn, qui a présenté une urétérohydronéphrose droite en rapport

avec une compression urétérale à la suite d'une poussée inflammatoire de la région iléo-coecale. Un traitement conservateur a été proposé avec, dans un premier temps, un drainage de l'urétérohydronéphrose par une néphrostomie percutanée suivie d'une descente antégrade d'une endoprothèse urétérale type double J. Une corticothérapie a été parallèlement débutée pour traiter la poussée inflammatoire. L'objectif de cet article est de décrire la prise en charge d'une urétérohydronéphrose au cours de la maladie de Crohn⁴ en soulignant l'intérêt d'un traitement endoscopique premier devant ce type de complication.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 38 ans, suivie pour maladie de Crohn. Elle s'est

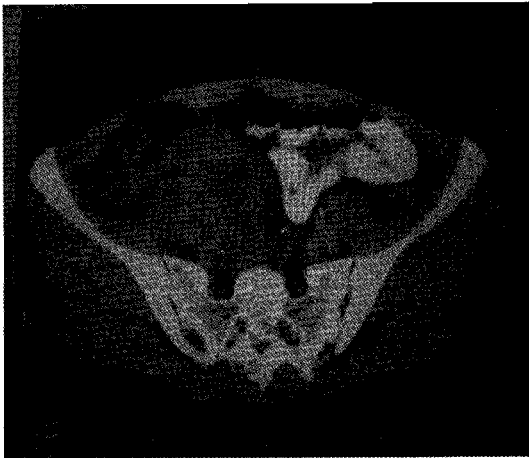


Fig. 1: TDM abdominopelvienne avec ingestion de produit de contraste. Agglutination d'anses iléales inflammatoires en fosse iliaque droite comprimant l'uretère droit



Fig. 2: Pyélographie antérograde réalisée au cours de la descente de la sonde double J par la néphrostomie. montrant un blocage partiel de la progression du produit de contraste au niveau de l'uretère iliaque.

présentée avec une fièvre à 38,5°C, une diarrhée et une douleur de la fosse iliaque droite.

L'examen clinique a retrouvé une masse mobile, oblongue et ferme au niveau de la fosse iliaque droite.

Sur le plan biologique, la patiente a présenté un syndrome inflammatoire (CRP à 72 mg/L [normale < 4 mg/L] et une vitesse de sédimentation à 44 mm la première heure [normale < 10]) et une hyperleucocytose à 23500 éléments/ml [normale < 6000 éléments/ml]. La fonction rénale était normale de même que l'examen cyto bactériologique des urines.

L'échographie abdominale a montré une agglutination d'anses grêles à parois épaissies au niveau de la fosse iliaque droite associée à une importante urétérohydronéphrose droite. La tomodensitométrie (TDM) abdominale a confirmé la présence de l'urétérohydronéphrose droite en rapport avec un obstacle situé au niveau de l'uretère iliaque, siège de l'agglutination des anses intestinales (Fig. 1).

Une double antibiothérapie a été débutée (metronidazole 1500 mg/jour et ciprofloxa-

cine 1g/jour) avec une alimentation parentérale stricte pendant 10 jours.

Le rein droit a été drainé par une sonde de néphrostomie percutanée posée sous contrôle échographique sous anesthésie locale. La pyélographie descendante réalisée au cours du geste a montré une importante dilatation des cavités urétéro-pyélo-calicielles avec une image de compression extrinsèque au niveau de l'uretère iliaque droit (Fig. 2). Une sonde double J longue durée a été mise en place par voie antérograde à travers la sonde de néphrostomie (Fig. 3).

L'évolution a été favorable sur le plan clinique, biologique et radiologique et la patiente a ainsi pu regagner son domicile 10 jours plus tard. La corticothérapie a été poursuivie à la dose de 1 mg/kg/jour de prednisone pendant 6 semaines.

La sonde double J a été enlevée 4 mois plus tard devant la normalité de l'examen clinique et de l'uro-scanner de contrôle (Fig. 4).

La patiente est suivie régulièrement par une échographie rénale réalisée tous les 3 mois. Deux ans après la poussée inflammatoire iléo-cœcale, la patiente n'a pas présenté de récurrence de son urétérohydronéphrose droite



Fig. 3 : ASP de face. Descente d'une sonde double J droite à travers la néphrostomie percutanée.



Fig. 4: TDM abdominopelvienne avec injection de produit de contraste et clichés tardifs réalisée 4 mois après la poussée inflammatoire iléo-coecale. Diminution des phénomènes inflammatoires locaux. Les anses grêles ne sont plus agglutinées en fosse iliaque droite et les parois de l'iléon ont diminué d'épaisseur.

DISCUSSION

L'obstruction urétérale au cours de la maladie de Crohn a été rapportée pour la première fois par Ten Kate en 1936⁵, puis par Hyams et al. en 1943⁶. Son incidence est de 4 à 5%⁷, néanmoins les urologues doivent être avertis de cette éventualité car elle est souvent méconnue et passe au second plan derrière la symptomatologie digestive^{4,8}. Elle peut se voir à n'importe quel moment au cours de l'évolution de la maladie. Le côté droit est le plus souvent atteint^{1,2,4}, cependant quelques rares cas d'obstruction urétérale gauche ont été rapportés associés à un tableau de sigmoïdite sévère^{4,9}. Le segment iliaque est le plus souvent atteint^{1,2,4} en raison de la prédominance de la maladie au niveau du carrefour iléo-cœcal¹⁰. L'obstruction urétérale au cours de la maladie de Crohn est souvent asymptomatique, elle est souvent découverte fortuitement sur une échographie ou une urographie intraveineuse^{4,8,11}.

La physiopathologie de l'obstruction urétérale au cours de la maladie de Crohn est multi factorielle: elle peut être en rapport avec une poussée inflammatoire qui va s'étendre à l'appareil urinaire par contiguïté et/ou un abcès rétro péritonéal à la suite de micro perforations intestinales^{1,2,8}.

Lorsqu'un patient atteint de maladie de Crohn présente une poussée inflammatoire (le plus souvent une iléo-cœcite) associée à une urétérohydronéphrose de contiguïté, le traitement à la phase aiguë n'est qu'endoscopique avec dérivation des urines par une sonde double J ou une néphrostomie percutanée. Il n'y a pas de place pour la chirurgie urétérale en phase aiguë⁴. Hyams et al.¹² ont rapporté leur expérience de traitements conservateurs des urétérohydronéphroses au cours de la maladie de Crohn chez l'enfant avec des résultats satisfaisants.

Nous avons ainsi choisi dans notre observation cette option thérapeutique (néphrostomie percutanée – sonde double J – corticothérapie) pour plusieurs raisons: la néphrostomie percutanée réalisée sous anesthésie locale offre un confort au malade et permet de drainer le rein en situation d'urgence; cette sonde permet ensuite de pratiquer des clichés de pyélographie antérograde pour repérer le siège de l'obstruction urétérale et finalement de descendre une sonde double J pour drainer l'uretère. Cette dernière va assurer un drainage efficace du rein pendant une période de 3 à 6 mois permettant à la poussée inflammatoire de s'amender sous corticothérapie.

Une tomодensitométrie abdominale de contrôle est nécessaire pour s'assurer de la régression de l'iléo-cœcite avant de retirer la sonde double J.

Un suivi par une échographie rénale ou un uro-scanner est impératif pour s'assurer de l'absence de récurrence de l'urétérohydronéphrose à distance. En cas de persistance de l'urétérohydronéphrose à distance de la poussée inflammatoire, il s'agira alors probablement d'une sténose cicatricielle de l'uretère répondant mal aux traitements endoscopiques. Le traitement de ces sténoses urétérales segmentaires fixées sera alors le plus souvent chirurgical. Il faut laisser passer la période inflammatoire avant d'envisager toute chirurgie urétérale pour faciliter le geste et éviter les fistules urinaires.

En conclusion, les poussées inflammatoires digestives au cours de la maladie de Crohn et tout particulièrement les iléo-cœcites peuvent s'accompagner d'une urétérohydronéphrose par compression extrinsèque de l'uretère. Le traitement de cette complication urologique n'est qu'endoscopique à la phase aiguë et associé à une corticothérapie pour traiter la poussée inflammatoire

BIBLIOGRAPHIE

- Manganiotis AN, Banner MP, Malkowicz SB. Urologic complications of Crohn's disease. *Surg.Clin.North Am.* 2001; Feb;81(1):197,215, x.
- Ruffolo C, Angriman I, Scarpa M, Polese L, Barollo M, Bertin M, et al. Minimally invasive management of Crohn's disease complicated by ureteral stenosis. *Surg. Laparosc.Endosc.Percutan.Tech.* 2004; Oct;14(5):292-4.
- Paparel P, Francois Y, Lifante JC, Gilly FN, Vignal J. Un cas de fistule recto-urétrale au cours de la maladie de Crohn. [A case of recto-urethral fistula in Crohn's disease]. *Prog.Urol.* 2001; Apr;11(2):331-3.
- Ben Ami H, Ginesin Y, Behar DM, Fischer D, Edoute Y, Lavy A. Diagnosis and treatment of urinary tract complications in Crohn's disease: An experience over 15 years. *Can.J.Gastroenterol.* 2002; Apr;16(4):225-9.
- Ten KJ. Two cases of ileitis terminalis. *Ned.Tijdschr. Geneeskd.* 1963;80:5660-4.
- Hyams HC, Weinberg SR, Alley JL. Chronic ileitis with concomitant ureteritis: Case report. *Am.J.Surg.* 1943;61:117-20.
- Goldman SM, Fishman EK, Gatewood OM, Jones B, Siegelman SS. CT in the diagnosis of enterovesical fistulae. *AJR Am.J.Roentgenol.* 1985; Jun;144(6):1229-33.
- Sato S, Sasaki I, Naito H, Funayama Y, Fukushima K, Shibata C, et al. Management of urinary tract complication in Crohn's disease. *Jpn.J.Surg.* 1999;29:713-7.
- Goldman HJ, Glickman SI. Ureteral obstruction in regional ileitis. *J.Urol.* 1962;88:616-20.
- Rankin GB. Extraintestinal and systemic manifestations of inflammatory bowel disease. *Med.Clin.North Am.* 1990; Jan;74(1):39-50.
- Banner MP. Genitourinary complications of inflammatory bowel disease. *Radiol.Clin.North Am.* 1987; Jan;25(1):199-209.
- Hyams JS. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease in children. *J.Pediatr. Gastroenterol.Nutr.* 1994;19:7-2.

Commentaire éditorial

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique intéressant l'ensemble du tube digestif. Elle peut se présenter, comme dans l'observation rapportée, sous la forme d'une poussée inflammatoire de la région iléo-cœcale. Ces poussées sont véritablement des abcès de la fosse iliaque droite avec agglutination d'anses intestinales telles que l'on peut l'observer dans les appendicites évoluées. On comprend parfaitement que dans une telle atmosphère inflammatoire, l'uretère iliaque droit puisse être comprimé et qu'une urétérohydronéphrose puisse se développer en amont. Le traitement d'un tel tableau ne doit pas être chirurgical en première intention. Sur le plan digestif, le patient sera mis à jeun avec de la glace sur le ventre. Il faut à tout pris éviter l'opération car elle se soldera forcément par une résection iléo-cœcale large peu économique avec confection d'une double stomie. Si la crise parvient à être refroidie, et c'est le cas dans la majorité des cas sous corticothérapie, le patient pourra alors être évalué à froid et bénéficier à distance

d'une résection iléo-cœcale avec rétablissement immédiat de la continuité digestive. Sur le plan urologique, l'urétérohydronéphrose doit être drainée pour protéger le rein par une sonde double J ou une sonde de néphrostomie. Il n'y a aucune place pour une chirurgie urétérale en urgence dans un tel contexte. A distance de l'épisode inflammatoire et après avoir vérifié par une tomodensitométrie abdominale que l'inflammation en fosse iliaque droite s'est amendée, la sonde double J pourra être retirée. Il est alors fondamental de suivre le patient pour savoir si l'urétérohydronéphrose était liée à la compression extrinsèque par l'inflammation ou s'il s'agit d'une sténose cicatricielle de l'uretère qu'il faudra traiter le plus souvent chirurgicalement. Nous avons eu le cas d'une patiente qui présentait une urétérohydronéphrose droite résiduelle par sténose de l'uretère iliaque à distance d'une poussée inflammatoire sévère de la région iléo-cœcale. Nous avons réalisé un lambeau de Boari avec réimplantation urétérovésicale droite sur une vessie proïque pour traiter la sténose urétérale, associée dans le même temps à une résection du carrefour iléo-cœcale avec rétablissement immédiat de la continuité digestive. Le résultat fonctionnel a été tout à fait satisfaisant. La prise en charge d'une sténose de l'uretère fixée à distance d'une poussée inflammatoire de la maladie de Crohn a quelques particularités notamment dans le fait que l'utilisation des segments intestinaux pour reconstruire l'uretère (urétéroiléoplastie, interposition de l'appendice sur le trajet de l'uretère) est proscrite pour des raisons évidentes.

Dr Philippe PAPAREL

Philippe.paparel@chu-lyon.fr

Service de chirurgie urologique et de la transplantation rénale

Centre Hospitalier et Universitaire Lyon Sud

Pierre Bénite

France

ABSTRACT

Endoscopic Treatment of Hydroureteronephrosis due to Ureteral Compression in a Patient with Crohn's Disease

We herein report the case of a 38-year-old female patient with Crohn's disease who presented with right hydroureteronephrosis associated with extrinsic compression following an episode of acute inflammatory ileocecal disease. Percutaneous nephrostomy was performed, then a double-J stent was placed via the antegrade approach and treatment with corticosteroids was started. The patient responded well to the treatment, and the double J stent could be removed 4 months later. At 2 years' follow-up there is no recurrence of the hydroureteronephrosis.