



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Les endoprothèses métalliques spiralées thermoformables dans le traitement des sténoses urétérales localisées : une alternative aux sondes double J ? Étude prospective multicentrique[☆]

The thermoformable spiral metallic stents in the treatment of localized ureteral stenosis: An alternative to JJ stent? Prospective multicenter study

R. Bonniol^{a,*}, P. Meria^b, A. Safsaf^a,
B. Albouy^a, L. Sibert^a

^a Service d'urologie, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France

^b Service d'urologie, hôpital Saint-Louis, 75010 Paris, France

Reçu le 12 mai 2010 ; accepté le 21 novembre 2010

Disponible sur Internet le 26 janvier 2011

MOTS CLÉS

Sténose urétérale ;
Endoprothèse urétérale ;
Endoprothèse métallique

Résumé

Objectifs. — Évaluation de l'efficacité et de la tolérance des endoprothèses métalliques spiralées thermoformables Memokath[®] 051 (Bard, Pnn Medical) dans le traitement des sténoses urétérales suspendues chez des patients inopérables ou fragiles et relevant d'une endoprothèse urétérale longue durée.

Matériel et méthodes. — Étude prospective descriptive, multicentrique de patients avec sténoses urétérales suspendues traités par endoprothèses urétérales métalliques Memokath[®] 051. Pour mesurer les critères de jugement (récidive sténotique, perméabilité, tolérance), le suivi a consisté en une évaluation complète par examen clinique, biologique et radiologique à un mois, puis tous les trois mois.

Résultats. — Quinze endoprothèses (longueur moyenne : 9,15 cm, extrêmes : 6–15 cm) ont été implantées chez 14 patients (âge moyen : 55 ans, extrêmes : 38–72 ans) ayant une sténose urétérale suspendue secondaire sur une période de deux ans dans deux centres. Le recul moyen était de 11 mois (extrêmes : 6–24 mois). Deux échecs de pose ont été constatés.

[☆] Niveau de preuve : 3.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : romainbonniol@hotmail.fr (R. Bonniol).

Les endoprothèses étaient encore en place chez quatre patients. La sténose a récidivé chez quatre patients par progression spontanée de la sténose mais sans envahissement tissulaire endoprothétique. Deux migrations et trois expulsions spontanées ont été observées. Deux infections urinaires basses et une haute sont survenues, résolutive sous antibiothérapie, aucune incrustation ou hématurie, aucune douleur (EVA moyenne = 3/10) ni troubles urinaires du bas-appareil n'ont été relevés.

Conclusion. – D'après notre expérience, la tolérance des endoprothèses Memokath® 051 a été très bonne et il nous semble que ces stents peuvent se positionner comme une alternative intéressante à la pose de sonde JJ chez certains patients fragiles. L'affinement des contre-indications devrait permettre d'améliorer l'efficacité de ces stents et de diminuer les risques de migration et d'expulsion.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Ureteral stenosis;
Ureteral stent;
Metallic stent

Summary

Introduction. – Evaluation of the effectiveness and tolerance of thermoformable metallic spiral stents Memokath® 051 (Bard, Pnn Medical) in the treatment of localized ureteral stenosis in non-operable patients who have JJ ureteral stents.

Material and method. – Prospective, descriptive and multicenter study of patients with ureteral strictures treated with metallic ureteral stents Memokath® 051. Assessment criteria (recurrent stenotic, permeability, tolerance) were measured by clinical, biological and radiological examination at 1 month, and then every 3 months.

Results. – Fifteen stents (average length: 9.15 cm, range 6–15 cm) were implanted in 14 patients (mean age: 55 years, range: 38–72 years) with secondary suspended ureteral stenosis during 2 years in two centers. The median follow-up was 11 months (range 6 to 24 months). Technical difficulty was observed with two patients. Stents are still up in four patients. The stenosis recurred in four patients with spontaneous progression of stenosis but without endoprosthesis tissue invasion. Two and three migration were observed with spontaneous expulsions. Two lower urinary infections and one high occurred, resolved on antibiotic therapy, no inlay or hematuria, no pain (mean VAS score = 3/10) or urinary disorders of the lower unit have been identified.

Conclusion. – Stents Memokath® 051 are well tolerated and seem to position themselves as an interesting alternative to JJ ureteral stent in some frail patients. The refinement of contraindication should help to improve the stent's efficacy and to reduce the risk of migration and expulsion.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les sténoses sont souvent dues soit à une fibrose cicatricielle endoluminale liée à la migration d'un calcul ou à une urétéroscopie traumatisante, soit à une anomalie de la paroi urétérale qui devient rigide, fibreuse, résultant d'une radiothérapie ou d'une dévascularisation post-chirurgicale ou traumatique, soit à une compression extrinsèque par une tumeur de voisinage.

Le traitement des sténoses urétérales est majoritairement endoscopique, notamment en première intention. L'attitude actuelle est la mise en place d'une sonde urétérale interne JJ, soit directement sur un leader, soit après dilatation au ballon. S'il s'agit d'un processus non évolutif, telle qu'une sténose cicatricielle, la sonde JJ est retirée au terme de quelques semaines. La dilatation au ballon est une technique simple et peu invasive dont le taux global de succès immédiat est d'environ 63%, mais elle est suivie d'une resténose précoce dans 70% des cas à six mois [1]. La récurrence de la sténose fait alors discuter soit une intervention ouverte, si le terrain le permet, soit une sonde JJ à demeure changée tous les trois à six mois.

Les traitements de référence de ces sténoses urétérales sont soit la chirurgie ouverte avec différentes techniques (vessie psosique, greffon grêlique de type Monti, auto-transplantation), soit le traitement endoscopique (urétérotomie à la lame froide, au laser ou au ballon Acucise®), soit les sondes JJ. Le choix de la technique dépend de la localisation et la longueur de la sténose. La chirurgie a l'avantage de traiter définitivement la sténose mais le plus souvent les patients sont multi-opérés, ce qui rend le geste difficile et risqué. Le traitement endoscopique n'est pas toujours réalisable selon le siège de la lésion et l'anatomie du patient. L'autre traitement est la mise en place de sonde urétérale. Cette prise en charge est peu invasive et efficace mais les sondes doivent être changées tous les six mois, ce qui multiplie les risques anesthésiques et les coûts de prise en charge. De plus les sondes sont mal tolérées par le patient. Une étude récente a montré que les sondes JJ s'accompagnaient de dysurie, d'hématurie, d'impériosités et d'incrustation dans 36, 56, 78 et 76% des cas respectivement, dès le troisième mois d'implantation [2].

L'utilisation des prothèses métalliques est validée pour les sténoses urétrales depuis plus de dix ans. De nombreux travaux ont démontré leur efficacité et leur biocompatibilité

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3823543>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3823543>

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