Progrès en urologie (2008) **18**, 687—690

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

CAS CLINIQUE

La cure de prolapsus antérieur par prothèse fixée par voie transobturatrice expose à une lésion urétérale

Vaginal mesh fixed by transobturator tape can lead to ureteral injury in cystocele surgery

A. de Fourmestraux*, R. Caremel, M. Cherif, P. Grise

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

Reçu le 4 février 2008 ; accepté le 22 mai 2008
Disponible sur Internet le 6 septembre 2008

MOTS CLÉS
Prolapsus ;
Lésion urétérale et vésicale ;
Iatrogène ;
Voie transobturatrice

Résumé Les lésions du tiers inférieur de l'uretère ne sont pas rares au cours de chirurgies pelviennes. Nous rapportons pour la première fois un cas de lésion urétérale lors d'une cure de cystocèle voie basse par une prothèse synthétique dont les quatre bras étaient fixés par voie transobturatrice. Cette lésion s'inscrit au sein des lésions du bas appareil urinaire lors des chirurgies vaginale avec mise en place de biomatériaux par voie transobturatrice. Le diagnostic difficile de ces lésions iatrogènes doit être réalisé le plus précocement possible afin de diminuer leur morbidité et pour les lésions urétérales de préserver le capital néphrogénique.
© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Prolapse;
Bladder and ureteral injury;
Iatrogenic;
Transobturator tape

Summary The lower third ureteral injuries are not rare during pelvic surgeries. We report for the first time a case of ureteral injury during a transvaginal cure of an anterior vaginal wall prolapse with a synthetic mesh, whose the four arms are fixed by transobturator way. This lesion is itself included in the lesions of the low urinary tract during vaginal surgery with transobturator tape. The difficult diagnosis of these iatrogenic injuries must be carried early in order to decrease their morbidity and in the case of ureteral injury to preserve the nephrogenic capital.
© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : defourmestrauxaude@gmail.com (A. de Fourmestraux).

1166-7087/$ — see front matter © 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.purol.2008.05.002

Introduction

La voie transobturatrice s'est développée ces dernières années pour devenir la référence dans les cures d'incontinence urinaire d'effort par bandelette sous-urétrale, ainsi que pour la fixation des prothèses vaginales dans les cures de prolapsus voie basse. Les plaies vésicales et urétrales en sont des complications reconnues. Notre observation rapporte le premier cas de lésion urétérale liée à l'utilisation de cette voie d'abord.

Observation

Une femme de 63 ans a consulté en gynécologie pour une gêne périnéale et une impériosité mictionnelle sans incontinence urinaire d'effort. On notait dans ses antécédents : une colectomie gauche pour un adénocarcinome colique actuellement en rémission complète, une hystérectomie interannexielle pour fibrome, une ovariectomie bilatérale pour des kystes, une cure de fistule de la marge anale un an auparavant et enfin une cure de rectocèle (Sullivan) il y a six mois.

À l'examen clinique, il existait une cystocèle grade I, un prolapsus du fond vaginal grade II et une rectocèle grade I, confirmés à l'IRM (cf. Fig. 1). Sur le bilan urodynamique, la vessie était stable, sans résidu postmictionnel et il n'y avait pas de déficit sphinctérien.

Compte tenu de ses antécédents de chirurgie abdominale, il avait été décidé de traiter la cystocèle par voie basse, par une prothèse synthétique antérieure en polypropylène dont les quatre bras latéraux ont été fixés par voie transobturatrice.

Les suites postopératoires immédiates ont été marquées par des douleurs abdominales mal systématisées mises sur le compte de la cicatrisation.

À quatre mois postopératoire, le fond vaginal était cicatrisé, il n'y avait plus d'écoulement et la correction anatomique était complète. En revanche, il persistait une plainte douloureuse latéralisée à droite.

À sept mois, sur l'échographie demandée pour une douleur persistante de l'hypochondre droit il existait une urétéro-hydronéphrose droite (bassinet à 40 mm). Sur le scanner l'urétéro-hydronéphrose droite siégeait en amont d'un obstacle complet rétrovésical au sein d'une structure tissulaire (Fig. 2). Cet aspect a été confirmé à l'IRM (Fig. 3). À l'urétéro-pyélographie rétrograde, il existait une sténose complète à 1 cm du méat au travers de laquelle il n'a pas été possible de monter une sonde JJ.

Les urines ont été drainées par une néphrostomie. Devant l'absence de sécrétion du rein droit, une scintigraphie au DMSA a été pratiquée et a conclu à un rein droit non fonctionnel. Il a été décidé de réaliser une néphrectomie par voie laparoscopique.

Les résultats anatomopathologiques ont conclu à des lésions d'hydronéphrose évoluée avec une atrophie rénale (néphropathie tubulointerstitielle chronique sévère).

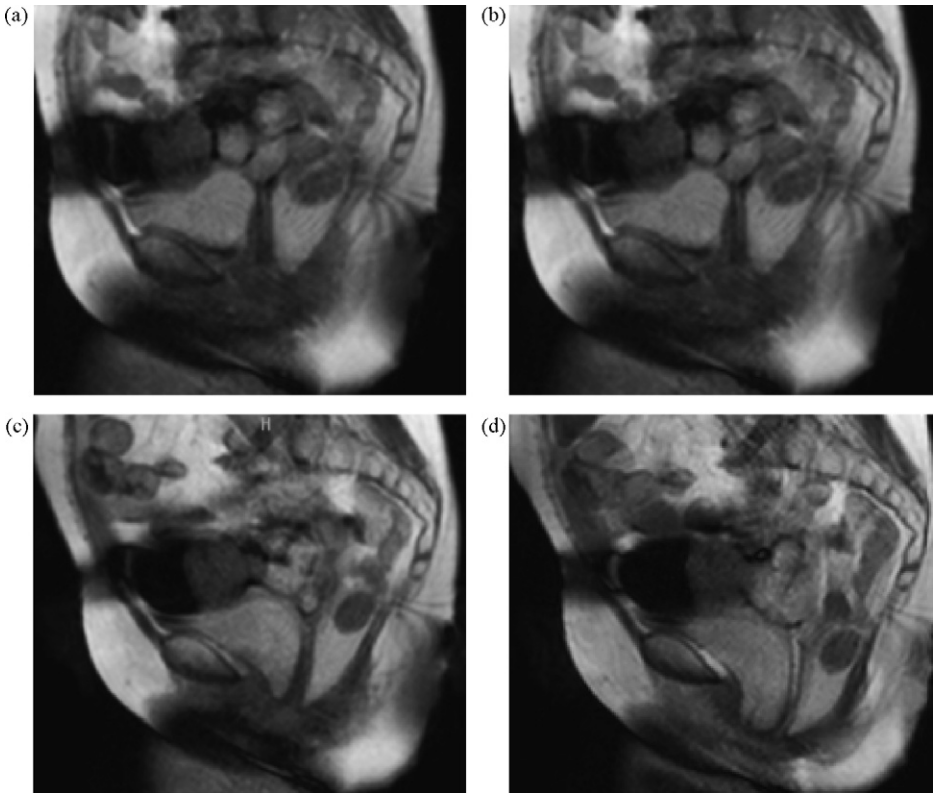

Figure 1. Examen d'IRM du pelvis en coupe sagittale, séquence T2. Lors de l'examen statique (a) et en retenu (b), il n'existe pas de cystocèle. L'examen en poussée modérée (c) et maximale (d) met en évidence une cystocèle de grade 1.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3826000

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3826000

Daneshyari.com