



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Résultats de la prise en charge chirurgicale conservatrice à ciel ouvert des plaies urétérales

Results of conservative surgical management of ureteral injuries

J. Soria^a, M. Guandalino^{a,*}, N. Vedrine^a, B. Pereira^b,
L. Guy^a

^a Service d'urologie, CHU Gabriel-Montpied, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France

^b Service de biostatistique, CHU Gabriel-Montpied, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France

Reçu le 7 avril 2017 ; accepté le 20 octobre 2017

MOTS CLÉS

Plaie urétérale ;
Réimplantation
urétérovésicale ;
Néphrectomie ;
Hydronéphrose

Résumé

Introduction. – L'uretère est un organe rétropéritonéal. Les plaies urétérales sont rares, avec une prévalence de 0,083 % des interventions chirurgicales sur 10 ans. L'objectif de cette étude était d'évaluer les modalités de prise en charge chirurgicale des plaies urétérales en fonction du délai de découverte, de leur taille et de leur localisation. Nous avons, par ailleurs, évalué les résultats de cette prise en charge sur le retentissement rénal ainsi que les facteurs prédictifs de la gravité des plaies urétérales.

Matériel et méthodes. – Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique réalisée à partir d'une revue systématique des dossiers de chirurgie du CHU.

Résultats. – Le suivi moyen était de 30 mois. La durée d'hospitalisation moyenne était de 8 jours. Trente-quatre patients (73,9 %) ont bénéficié d'une prise en charge initiale endoscopique par tentative de montée de sonde double J. Seuls 20 patients ont bénéficié de la pose de cette sonde double J et seulement 11 patients (55 %) n'ont pas récidivé la plaie urétérale

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : jsoria@chu-clermontferrand.fr (J. Soria), mguandalino@chu-clermontferrand.fr (M. Guandalino), nvedrine@chu-clermontferrand.fr (N. Vedrine), bpereira@chu-clermontferrand.fr (B. Pereira), lguy@chu-clermontferrand.fr (L. Guy).

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2017.10.011>

1166-7087/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

avec une durée médiane de maintien de la sonde double J de 90 jours (28–240). Trente-cinq patients ont donc bénéficié d'une prise en charge chirurgicale par voie ouverte (76,1 %). Nous avons retrouvé 57 % de réimplantations urétérovésicales ($n = 20$), correspondant aux plaies urétérales pelviennes ($n = 32$). Nous avons recensé, par ailleurs, 20 % de néphrectomies. Aucun patient n'a présenté de récurrence de sa plaie urétérale. Huit patients ont présenté une dilatation secondaire des cavités pyélocalicielles (28,57 %). La réussite du traitement chirurgical était donc de 57 %. **Conclusion** La prise en charge des plaies urétérales traitées chirurgicalement apporte de bons résultats, mais reste relativement diversifiée du fait des différents niveaux lésionnels. Elle était efficace dans 57 % des cas en incluant les néphrectomies comme échec du traitement.

Niveau de preuve.— 4.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Ureteral injuries;
Ureterocystoneostomy;
Nephrectomy;
Hydronephrosis

Summary

Introduction. — The ureter is a retroperitoneal organ. Ureteral injuries are rare, with a prevalence of 0.083% of surgical interventions over 10 years. The objective of this study was to evaluate the surgical management of ureteric injuries according to the time of discovery, their size and their location. We also evaluated the results of this management on the renal repercussion as well as the predictive factors of the severity of the ureteric injuries.

Material and methods. — This was a monocentric retrospective study carried out on the basis of a systematic review of the CHU surgery files.

Results. — The average follow-up was 30 months. The average hospital stay was 8 days. Thirty-four patients (73.9%) underwent initial endoscopic management by attempting a double J probe. Only 20 patients received this double J probe and only 11 patients (55%) did not recidivate the ureteral injury with a median duration of maintenance of the double J probe of 90 days (28–240). Thirty-five patients received open surgical management (76.1%). We found 57% ureterovesical reimplantations ($n = 20$), corresponding to pelvic ureteral injuries ($n = 32$). We also found 20% of nephrectomies. No patient had recurrence of the ureteral injury. Eight patients had secondary dilatation of the pyelocalicious cavities (28.57%). The success of surgical treatment was therefore 57%.

Conclusion. — The management of surgically treated ureter injuries provides good results but remains relatively diversified due to the different lesion levels. It was effective in 57% of cases including nephrectomies as failure of treatment.

Level of evidence. — 4.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'uretère est un organe rétropéritonéal cheminant le long du muscle psoas au contact du péritoine pariétal postérieur. Il présente différentes portions, représentées par l'uretère lombaire, iliaque et pelvien. Sa vascularisation est segmentaire et très riche pour les segments iliaques et pelviens et plus pauvres en lombaire. Les lésions urétérales sont rares, l'uretère étant peu exposé lors des traumatismes externes.

Les lésions urétérales sont principalement d'origine iatrogène chirurgicale. La plupart des plaies urétérales sont retrouvées au niveau de l'uretère pelvien (80 %). Pendant de nombreuses années, la chirurgie gynécologique a été le plus grand pourvoyeur de lésions urétérales représentant presque 75 % des traumatismes. L'incidence des plaies urétérales reste faible de l'ordre de 0,5 à 1 % des chirurgies pelviennes [1,2] et environ 0,5 % des hystérectomies [3,4].

Le traitement premier repose sur l'endoscopie mais en cas d'échec, la chirurgie ouverte représente une solution adaptée, mais plus invasive.

Les plaies de l'uretère ont été classées par l'American Association for Surgery of Trauma en fonction de leur gravité [5]. Leur prise en charge dépend du délai de prise en charge, et principalement de la localisation des lésions. Le traitement peut donc être instrumental (endoprothèse double J, néphrostomie, sonde urétérale), mais aussi par chirurgie ouverte ou laparoscopique.

Dans un premier temps, il convient de préférer si possible la prise en charge endoscopique par la mise en place initiale de sonde double J qui peut traiter les plaies de petites tailles [6–8].

Quand la plaie urétérale est trop importante ou après échec d'un traitement instrumental, il existe plusieurs techniques de réparation chirurgicale en fonction de la localisation des lésions.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8766701>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8766701>

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