

Réimplantation urétéro-vésicale selon la technique de LICH GREGOIR : indications et résultats

H. AMRI, Z. DAHAMI, I. SARF *

*Service d'urologie. Hôpital Ibn Tofail. CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص

أجرينا دراسة بأثر رجعي لـ 24 حالة استأفدت من عملية إعادة زرع بين المثانة البولية والحالب حسب تقنية ليتش غريغوار، وذلك للفترة الممتدة بين يناير 2000 ويناير 2012. الهدف من الدراسة المنجزة بمصلحة جراحة المسالك البولية بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش هو دراسة نتائج هذه العملية وكذا تعقيباتها المحتملة على المدى القصير والطويل. بلغ العمر المتوسط للمرضى 41.4 سنة، مع سيادة أنثوية (75%) نصف المستفيدين كانوا يشكون من ألم قطني. كان الفحص الطبي عاديا عند 18 مستفيدا، كما تم العثور على ناسور حالب-مهبلي عند ثلاث مريضات. أوضحت تحاليل وظيفة الكلي، قصورا كلويا عند 11 شخصا، كما أوضح الفحص بالصدى تمددا للحالب والكليّة عند 62,5%. تمت تكملة الفحص اما عن طريق تصوير الجهاز البولي عن طريق الوريد عند 13 أشخاص، أو عن طريق الفحص الطبي المحوري عند 7 أشخاص. وقد بينت الفحوصات وجود تضيق الحالب الحوضي عند 12 شخص و ناسور بين الحالب والمثانة البولية في ثلاث حالات. تمت إعادة الزرع خلال زرع الكليّة عند ثلاث أشخاص. أجريت العمليات الجراحية بالطريقة التقليدية عند 19 مستفيدا، أما الجراحة بالمنظار فكانت عند 5 مستفيدين. بعد العملية تم استعمال مسبار لـ 11 عند كل المرضى، والذي دام 6 أيام كمتوسط. دامت العمليات الجراحية 160 دقيقة كمتوسط كما كانت الخسارة الدموية في المتوسط 50 ملم، متوسط مدة الاستشفاء بلغ 12 يوما، كما ان المسبار أزيل بعد 6 أسابيع. بعد المتابعة، تم رصد اختفاء الألم عند 90% من الأشخاص المشكين منه مسبقا، وتحسنا في الوظيفة الكلوية عند 8 أشخاص. تؤكد دراستنا هذه، أن إعادة الزرع بين المثانة البولية والحالب حسب تقنية ليتش غريغوار تعد طريقة فعالة ومضمونة، اظهرت فاعليتها مقرونة بانخفاض عامل الإصابة.

الكلمات الأساسية إعادة زرع بين المثانة البولية والحالب- ليتش غريغوار- تضيق الحالب الحوضي -زرع الكليّة-تعقيبات.

Résumé Nous rapportons dans ce travail rétrospectif une série de 24 cas de réimplantation urétéro-vésicale selon la technique de LICH-GREGOIR, colligées au service d'urologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech, de Janvier 2000 à Janvier 2012. Le but de ce travail est d'étudier les résultats opératoires ainsi que les complications à cours et long termes de cette technique. L'âge moyen était de 41,4 ans, avec une prédominance féminine (75%). 50% de nos patients avaient des douleurs lombaires. L'examen physique s'est révélé normal chez 18 patients, une fistule urétérovaginale a été retrouvée chez 3 patientes. La fonction rénale a montré une insuffisance rénale chez 11 patients. L'échographie a révélé une urétérohydronephrose dans 62,5% des cas. L'urographie intraveineuse, réalisée chez 13 patients, et la tomodensitométrie faite chez 7 autres, ont révélé une sténose urétérale pelvienne dans 12 cas, une fistule urétéro-vésicale dans 3 cas. 3 réimplantations ont été réalisées dans le cadre d'une transplantation rénale. 19 patients ont été opérés par voie conventionnelle et 5 ont bénéficié d'une laparoscopie. Tous les patients ont bénéficié d'un drainage urétéral par sonde JJ et d'un drainage vésical, qui a duré en moyenne 6 jours. La durée opératoire moyenne était de 160 min, les pertes sanguines en moyenne de 50 ml, la durée d'hospitalisation moyenne était de 12 jours. L'ablation de la sonde urétérale a été réalisée 6 semaines après. Le suivi a révélé une disparition des douleurs chez 90% des patients symptomatiques et une amélioration de la fonction rénale chez 8 patients. Notre étude confirme que la réimplantation urétéro-vésicale selon cette technique est une procédure sûre, efficace et efficiente, corrélée à une morbidité diminuée.

Mots clés réimplantation urétérovésicale-LICH GREGOIR-sténose urétérale-transplantation rénale-complications.

Abstract We report in this retrospective series of 24 patients who underwent ureterovesical reimplantation using the technique of LICH GREGOIR, collected at the urology department of the University Hospital Mohammed VI in Marrakesh, between January 2000 and January 2012. The aim of this work is to study the operative results and complications during and long term of this technique. The average age was 41.4 years, with female predominance (75%). Half of our patients had back pain. Physical examination was normal in 18 patients; uretero-vaginal fistula was found in 3 patients (20%). Renal function showed renal failure in 11 patients. The exploration by ultrasound revealed ureterohydronephrosis in 62,5% of cases. Intravenous urography, performed in 13 patients, and CT scans performed in seven others, have revealed a pelvic ureteral stenosis in 12 cases, ureterovesical fistula in 3 cases. 3 relocations were conducted as part of a kidney transplant. 19 patients were operated by conventional and 5 underwent a laparoscopy. All patients underwent an ureteric drainage by double J stent and a bladder drainage by urethral catheter, which lasted an average of 3 days. Mean operative time was 160 min, blood loss averaged 50 ml, the average hospital stay was 12 days. Removal of the urethral catheter was performed after 6 weeks. Monitoring revealed a disappearance of pain in 90% of symptomatic patients and an improvement in renal function in 8 patients. Our study confirms that the ureterovesical reimplantation using the technique of LICH GREGOIR is a safe, effective and efficient correlated with decreased morbidity.

Key words ureterovesical reimplantation-LICH GREGOIR-ureteral stenosis-kidney transplant-complications.

Introduction

Les pathologies de l'uretère terminal et de la jonction urétérovésicale quoi que d'origines variées sont des atteintes relativement peu fréquentes. Les complications les plus souvent rencontrées sont la formation de calculs, la destruction rénale et l'aggravation de la fonction rénale. La réimplantation urétéro vésicale est une intervention chirurgicale consistant à la création d'une solution de continuité au niveau de la jonction urétéro-vésicale naturelle et au rétablissement d'une

nouvelle jonction urétéro-vésicale. Le but de notre étude est d'étudier les résultats opératoires ainsi que les complications à cours et long termes de la réimplantation urétéro-vésicale selon la technique de LICH GREGOIR.

Matériels et méthodes

C'est une étude rétrospective de 24 patients ayant bénéficiés d'une réimplantation urétéro-vésicale selon la technique de Lich Gregoir menée au service d'urologie du centre

hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech, de Janvier 2000 à Janvier 2012. La collecte des données a été effectuée de façon rétrospective à partir des archives des services d'urologie et de néphrologie, des registres du bloc opératoire et des feuilles de surveillance anesthésique. L'âge de nos patients variait entre 17 et 68 ans, avec un âge moyen de 41,4 ans. Il s'agissait de 18 femmes (75%) et de 6 hommes (25%). 29,16% des patients avaient une tuberculose urogénitale, 16,67% avaient une hystérectomie, 12,5% avaient une lithiase urinaire et 12,5% avaient un cancer du col utérin au stade d'invasion locorégionale. La symptomatologie clinique était dominée par la douleur lombaire (50%) puis la pollakiurie (29,17%) et les coliques néphrétiques (25%). Tous les patients avaient bénéficié d'une échographie abdomino-pelvienne, 45,83% d'une UIV, 29,16% d'un uroscanner et 54,16% d'une cystoscopie. Les lésions étaient sous forme d'une urétérohydronéphrose (UHN) unilatérale dans 87% des cas. Cette UHN était secondaire à une sténose urétérale pelvienne dans 50% des cas et à un obstacle non individualisable dans 37,5% des cas. La sténose de l'uretère pelvien était l'étiologie la plus fréquente (50%) suivie de la fistule urétérovaginale (20,83%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition des patients selon l'étiologie

Etiologie	Nombre de cas	Pourcentage
Sténose de l'uretère pelvien	12	50%
Fistule urétérovaginale	5	20,83%
Transplantation rénale	3	12,5%
Sténose du méat urétéral	1	4,17%
Méga uretère primitif	1	4,17%
Béance du méat urétéral	1	4,17%
Urétérocèle	1	4,17%

Cette sténose est secondaire dans 50% des cas à la tuberculose urinaire. 79% des patients ont bénéficié d'une chirurgie conventionnelle, alors que 21% ont subi une chirurgie laparoscopique. L'incision médiane sus pubienne a été faite dans 68,44%, alors que l'incision Pfannenstiel a été réalisée dans 5,26% et l'incision iliaque a été faite dans 26,30%. L'antibioprophylaxie per et postopératoire était systématique chez tous les patients à base de Fluoroquinolone ou d'Amoxicilline + Acide clavulanique. La sonde urétérale en double J a été mise en place chez

tous les patients ainsi que la sonde vésicale a été systématique. Le degré de sévérité des complications postopératoires a été évalué selon la classification des complications postopératoires recommandée par les GUIDELINES de l'Européenne Association of Urology « 2002 ».

Résultats

La durée opératoire moyenne était de 160 min (95-265), les pertes sanguines en moyenne de 50 ml, la durée d'hospitalisation moyenne était de 12 jours (7-30). La conversion a été nécessaire dans 1 seul cas à cause de la mise sous tension de l'uretère malgré la libération vésicale antérieure et latérale. Le drainage vésical a duré 6 jours en moyenne et l'ablation de la sonde urétérale double J a été réalisée 6 semaines après l'intervention. Le suivi a révélé une disparition des douleurs chez 90% des patients symptomatiques et une amélioration de la fonction rénale chez 8 patients. Le contrôle radiologique réalisé à 3 mois du post opératoire a révélé une diminution de la dilatation rénale chez 19 patients, un autre patient a présenté une sténose de la jonction urétéro vésicale résiduelle.

Discussion

Dans notre série, l'étiologie la plus dominante est la sténose de l'uretère pelvien (45,83%), dont les causes sont multiples, la plus marquante étant la tuberculose urinaire avec 25% des cas dans notre étude suivie des fistules urétéro-vaginales qui sont présentes dans 20,83% des cas. La transplantation rénale est aussi retrouvée dans les étiologies de notre étude avec un pourcentage de 12,5%. Ces résultats ne font pas exception aux données de la littérature [1,2] (tableau II).

Tableau II : les étiologies de la RIUV dans différentes études

Auteur	Année	Sténose de l'uretère pelvien	Fistule urétéro-vésicale	Grefe rénale
Sissoko [1]	2005	37,8%	-----	-----
D'acremont [2]	1992	36%	-----	-----
Nilesh [4]	2008	83,33%	16,67%	-----
Soars [3]	2010	80%	-----	-----
Notre étude	2012	45,83%	20,83%	12,5%

On a noté dans notre série une durée plus courte de l'acte opératoire avec une perte sanguine ne s'éloignant pas de celle notée dans la littérature (tableau III).

Tableau III : Comparaison selon les paramètres opératoires

Auteur	Année	Durée opératoire	Pertes sanguines
Soares [3]	2010	166 min	162 ml
Nilesh [4]	2008	173 min	48 ml
Kang [5]	2009	207 min	30 ml
Notre étude	2012	160 min	50 ml

La longue durée de séjour à l'hôpital observée dans notre série peut être due à la présence des cas de transplantation rénale qui nécessitent d'être sous surveillance étroite pour une longue durée. Alors que la différence des résultats concernant la durée du cathéter, et la durée de la sonde double J peut être due aux différences dans les systèmes de soins de santé à travers le monde (tableau IV).

Tableau IV : Comparaison selon les paramètres post opératoires

Auteur	Année	Durée hospitalisation	Durée sondage vésical	Durée sondage urétéral
Soares [3]	2010	2,9 jours	-----	4 sem
Nilesh [4]	2008	4,3 jours	1,2 jour	4,15 sem
Schwentner [6]	2005	-----	2 jours	-----
Notre étude	2012	12 jours	6 jours	6 sem

Dans notre étude les suites postopératoires ont été simples, aucune complication n'a pas été rapportée. Alors que dans la littérature, à notée la présence de l'hématurie macroscopique postopératoire, nécessitant parfois une surveillance élargie et une prolongation du cathétérisme [7,8], de la douleur postopératoire et des spasmes de la vessie, avec une incontinence urinaire postopératoire [8,9]. Les complications ou échecs à distance, rapportés dans la littérature sont essentiellement à type de sténoses secondaires (0 à 3% des cas), de reflux vésico-rénal (2 à 35%) ou de troubles de la vidange vésicale, exceptionnellement

rapportés [20]. Dans notre série aucune de ces complications n'a été rapportée. Les échecs peuvent être provoqués par un trajet sous-muqueux trop court, un néo-orifice urétéral mal placé (angulation), un uretère pathologique (ischémie, fibrose), une vessie elle même pathologique [10]. Concernant les cas de la transplantation rénale cités dans notre étude, où une réimplantation urétéro-vésicale selon la technique de LICH GREGOIR a été faite, aucun cas n'a présenté une complication.

Conclusion

La réimplantation urétéro-vésicale selon la technique de LICH GREGOIR dans notre contexte est une procédure sûre, efficace et efficiente corrélée à une morbidité diminué.

Références

- 1-Sissoko A. Les suites opératoires des réimplantations urétéro-vésicales dans le service d'urologie de l'hôpital du point g. Thèse de médecine, Mali 2005;n°13.
- 2-D'Acremont B, Gattegno B, Tchala K. Réimplantation urétéro-vésicale sur vessie psôïque dans les lésions de l'uretère pelvien. Revue de 50 patients. Progrès en Urologie 1992;2:987-92.
- 3-Soares R, Rubens A, Jose E. Laparoscopic Ureteral Reimplant for Ureteral Stricture. Int Braz J Urol 2010;36:38-43.
- 4-Nilesh N, Mottrie A, Sundaram B. Robotic-Assisted Laparoscopic Ureteral Reimplantation with Psoas Hitch : A Multiinstitutional, Multinational Evaluation. Urology 2008;72:47-50.
- 5-Kang SG, Choi H. Robot-Assisted Laparoscopic Distal Ureterectomy and Ureteral Reimplantation. Korean Journal of Urology 2009;50:921-4.
- 6-Schwentner C, Oswald J, Lunacek A. Lich-Gregoir Reimplantation Causes Less Discomfort than Politano-Leadbetter Technique : Results of a Prospective, Randomized, Pain Scale-Oriented Study in a Pediatric Population. European urology 2006;49:388-95.
- 7-Austin JC, Cooper CS. Vesicoureteral reflux : surgical approaches. Urol Clin N Am 2004;31:543-57.
- 8-Ellsworth P, Merguerian P. Detrusorraphy for the repair of vesicoureteral reflux : comparison with the Leadbetter-Politano ureteroneocystostomy. J Pediatr Surg 1995;30:600-3.
- 9-Gillies D, Lane L, Murrell D, Cohen R. Bladder spasm in children after surgery for ureteric reimplantation. Pediatr Surg Int 2003;19:733-6.
- 10-Gearhart JP, Leonard MP. Reoperative ureteral reimplantation : strategies for management. Ped Surg 1991;26:58-63.