

Lésions urologiques iatrogènes au cours de la chirurgie gynécologique et obstétricale au CHU de Cocody

Iatrogenic urological lesions during gynaecological and obstetrical surgery at Cocody university hospital

Mian DB¹, Kassé R, Kakou C, Angoi V, Yao A, Akinyole S, Boni S.

¹Maître de Conférences Agrégé Service de gynécologie-obstétrique du CHU de Cocody-Côte d'Ivoire

Correspondances : Docteur Mian Dehi Boston, Gynécologue-obstétricien,
Téléphone Cel : +22507963911, BV 13 Abidjan Tel : +225 22 48 10 00
Email : bostondehimian@gmail.com ou bostondehimian@yahoo.fr

Reçu le 18 mai 2021 - Accepté le 13 août 2021 - Publié le 3 septembre 2021

RESUME

Objectifs : Déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des lésions urologiques iatrogènes dans notre service.

Patientes et méthode : Nous avons mené une étude cohorte sur une période de 3 ans au service de gynécologie et obstétrique du CHU de Cocody. Il s'agissait d'un recensement non exhaustif de toutes patientes ayant présenté une lésion urologique.

Résultats : 26 cas de lésions urinaires iatrogènes ont été enregistrées dont 22 lésions vésicales et 4 lésions urétérales. Les patientes avaient en moyenne 29 ans, étaient multigestes (76,93%), multipares (61,54%) et présentaient une cicatrice utérine (34,60%). Le diagnostic était posé en per-opératoire dans 96,16% des cas. En post opératoire le diagnostic s'est fait devant l'abdomen aigu (3,84%). La césarienne avait causé le grand nombre de lésions urinaires iatrogènes (30,77%). La face postérieure de la vessie a été plus concerné par les lésions urinaires (59,09%) et la portion sous ligamentaire de l'uretère (75%). Les lésions de la vessie et de l'uretère ont été réparées en per opératoire dans 96,16%. Le traitement avait consisté à une cystorrhaphie extra muqueuse pour la vessie (84,64%). Pour les lésions urétérales, il s'agissait soit d'une urétérorraphie terminale (3,84%) soit d'une urétérostomie (3,84%) ou une ablation des fils de suture (3,84%). Après l'intervention chirurgicale nous avons observé les complications dans 15,36% des cas (n=4). La fistule urogénitale a concerné 50% des cas, l'infection urinaire 25% et la péritonite aiguë 25% des cas. La fistule vésico-vaginale après cystorrhaphie a demandé trois mois pour être réopérée mais le séjour effectif à l'hôpital a été de 50 jours. Le séjour moyen des patientes opérées avec lésion urinaire est de 15+/-12 jours. Nous n'avons pas observé de cas de décès.

Conclusion : Nous rapportons la prise en charge favorable de cas de traumatismes urologiques au cours de la chirurgie gynécologique et obstétricale qui autrefois rares, sont de plus en plus fréquentes de nos jours en raison de la multiplication des interventions chirurgicales.

Mots clés : Lésions iatrogènes-vessie-uretère pelvien-césarienne

SUMMARY

Objectives: To determine the epidemiological, clinical, therapeutic and evolving characteristics of iatrogenic urological lesions in our department.

Patients and method: We conducted a cohort study over a period of 3 years in the gynaecology and obstetrics department of the Cocody University Hospital. This was a non-exhaustive census of all patients who presented with an urological lesion.

Results: 26 cases of iatrogenic urinary lesions were recorded, including 22 bladder lesions and 4 ureteral lesions. The patients were on average 29 years old, were multigravida (76.93%), multipara (61.54%) and presented an uterine scar (34.60%). The diagnosis was made during surgery in 96.16% of cases. Postoperative diagnosis was made in front of acute abdomen (3.84%). Caesarean section had caused a large number of iatrogenic urinary tract lesions (30.77%). The posterior surface of the bladder (59.09%) and the sub-ligamentum portion of the ureter (75%) were the most affected locations. The lesions of the bladder and ureter were repaired during surgery in 96.16%. Treatment consisted of extra mucous cystorrhaphy for the bladder (84.64%). For ureteral lesions, it was either end-to-end ureterorrhaphy (3.84%) or ureterostomy (3.84%) or suture ablation

(3.84%). After surgery we observed complications in 15.36% of cases (n = 4) : urogenital fistula (50%), urinary tract infection (25%) and acute peritonitis (25%). The vesicovaginal fistula after cystorrhaphy took three months to be reopened, but the actual hospital stay was 50 days. The average stay of patients operated with iatrogenic urinary tract lesions was 15 +/- 12 days. We have not observed any decease.

Conclusion: We report a favorable management of cases of urological trauma during gynaecological and obstetrical surgery. Once rare, frequency is increasing nowadays due to the multiplication of surgical interventions.

Key words: iatrogenic lesions-bladder-pelvic ureter-caesarean section

INTRODUCTION

Les traumatismes urologiques constituent une complication fréquente de la chirurgie gynécologique ou obstétricale [1]. Il s'agit d'un problème médico-légal important qui nécessite une attention particulière. Les rapports anatomiques étroits entre les organes génitaux féminins et l'appareil urinaire expliqueraient la survenue de ces lésions traumatiques iatrogènes urologiques dont la gravité est liée d'une part aux séquelles qu'elles peuvent engendrées et d'autre part aux possibles retentissements sur le haut appareil urinaire [1]. La fréquence réelle de ces traumatismes reste difficile à évaluer en raison du fait nombre important de cas non rapporté [2]. Le présent travail se proposait d'aider à la réduction des lésions urologiques d'origine iatrogènes en abordant leurs aspects cliniques, thérapeutiques et évolutives dans un pays à revenus limités.

PATIENTES ET METHODE

Il s'agissait d'une étude cohorte réalisée sur 3 ans (1^{er} janvier 2016 au 31 Décembre 2018). Elle s'est déroulée au service de gynécologie et obstétrique du CHU de Cocody et a consisté au recensement des lésions urologiques d'origine iatrogènes observées dans le service. Toutes les lésions urologiques traumatiques consécutives à un geste chirurgical ont été sélectionnées. Ces lésions étaient diagnostiquées soit pendant la première intervention chirurgicale ou durant la période post opératoire selon un délai variable de quelques heures à quelques jours. Le suivi post-opératoire a porté sur plusieurs semaines voire mois à la recherche de complications. Les lésions urologiques, d'origine traumatique, survenues en dehors d'un acte chirurgical (ruptures utérines, chutes d'escarres, avortements provoqués clandestins), ou tout autre cas survenu en dehors de notre service n'ont pas été prises en compte. Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques épidémiologiques (fréquence, âge, gestité, parité, antécédent de cicatrice utérine), les données anatomopathologiques (type de lésions, topographie), thérapeutiques et pronostiques. L'analyse des résultats a requis l'usage des logiciels World, Excel et Epi info 6.04.

RESULTATS

Données épidémiologiques

Pendant la période d'étude 7.872 interventions chirurgicales ont été réalisées, parmi lesquelles 26

cas de lésions urinaires iatrogènes (0,33%) ont été observés, dont 22 lésions vésicales (84,6%) et 4 lésions urétérales (15,4%). Les patientes âgées avaient en moyenne de 29 ans [15-40 ans], avec un pic de la tranche d'âge entre 26 et 30 ans (26,93 %) ; les multigestes représentaient 76,93% des cas et multipares 61,54% des cas. La cicatrice utérine était retrouvée dans 34,60% des cas (voir tableau 1)

Tableau I : Répartition des patientes selon les données épidémiologiques

Données épidémiologiques	Effectifs (n=26)	%
Age (années)		
– 15-20	4	15,38
– 21-30	13	50
– >31	9	34,60
Gestité		
– Primigeste	1	3,84
– Paucigeste	5	19,23
– Multigeste	20	76,93
Parité		
– Primipare	4	12,38
– Paucipare	6	23,08
– Multipare	16	61,54
Antécédents cicatrice utérine		
– Oui	9	34,60
– Non	17	65,40

Les lésions urologiques étaient suspectées en per-opératoire par des urines d'aspect hématurique au sondage urinaire à demeure (52,2%), ou par la constatation visuelle des lésions (23,07%). Au cours de la période du post opératoire, le diagnostic s'est fait devant un abdomen aiguë chirurgical (3,84%). Les lésions étaient survenues au décours de césarienne segmentaire transversale dans 30,77% des cas. Concernant les lésions vésicales elles siégeaient au niveau de la face postérieure de la vessie dans 59,09% des cas. Les lésions urétérales de la portion sous ligamentaire de l'uretère s'observaient dans 75% des cas.

Tableau II : Données sur les lésions urologiques iatrogènes

Données	Effectif	%
Moment du diagnostic		
– Per-opératoire	24	92,2
– Post-opératoire	2	46,5
Topographie des lésions		
– Vésicales	15	59,09
– Urétérales	11	40,91

Traitement

Les lésions de la vessie et de l'uretère ont été réparées en per opératoire dans 96,16% des cas. Le traitement avait consisté en une cystorrhaphie extra muqueuse (84,64%) et pour les lésions urétérales, soit en une urétérorraphie termino-terminale (3,84%), ou une urétérostomie (3,84%), enfin en une ablation des fils de suture (3,84%).

Suivi et évolution

Les complications après la réparation des lésions urologiques s'observaient dans 15,36% des cas (n=4). Parmi ces complications, la fistule urogénitale étaient diagnostiquées chez 50% des patientes, l'infection urinaire dans 25% et la péritonite aiguë dans 25%.

Les fistules vésico-vaginales, après cystorrhaphie, ont réopérée au bout de trois mois avec un séjour effectif à l'hôpital de 50 jours. Le séjour moyen des patientes opérées avec lésion urinaire était de 15+/-12 jours. La durée moyenne d'hospitalisation au service d'urologie était de 45+/-5jours. Nous n'avons aucun de cas de décès maternel.

DISCUSSION

Données épidémiologiques

Les traumatismes urologiques au cours de la chirurgie pelvienne chez la femme sont relativement rares avec une incidence qui varie entre 0,4 et 2,5 % des interventions en chirurgie gynéco-obstétricale [3.]. Dans notre pratique, les études sur le phénomène sont rares avec seulement 26 cas recensés en 3 ans dans le service soit moins de 1% (0,33%). Il s'agit d'une tendance générale observée dans de nombreux pays. En effet, Hounasso et al. [4] en Tunisie, rapportaient 38 cas en 32 ans, Bouya et al [5] au Congo Brazzaville 81 patientes en 8 ans enfin Diallo [6] au Mali avait colligé 16 patientes sur une période de 8 ans. Ces lésions sont très souvent méconnues en peropératoire et parfois de découvertes tardives.

Il s'agissait surtout de patientes jeunes, dont l'âge des patientes variait entre 15 et 40 ans avec une moyenne de 29+/-7 ans. Le pic de fréquence se situait entre 21 et 30 ans (50%). Des similitudes étaient retrouvées par Illoki [7] et Bouya au Congo Brazzaville, [5] ; quant au Mali Diallo [6] observait un âge moyen de 40 ans avec des extrêmes compris entre 18-56 ans. Dans la série de Diallo, il aussi question de lésions vésico-urétérales observées lors des interventions gynécologiques à visée carcinologique.

En dehors de leur jeune âge, notre série révélait une parité élevée avec plus de la moitié des cas qui était des multipares (61,54%) et des paucipares (23,08%). En effet nos pays 'a faibles revenus se caractérisent en général par des grossesses trop précoces, trop nombreuses et trop rapprochées à l'origine de complications obstétricales souvent mortelles. Les lésions urologiques iatrogènes observées dans l'étude survenaient surtout chez des multigestes. Cette constante corroborait les données de la littérature [8]. Pour Diallo [6], les complications urologiques en chirurgie pelvienne intéressaient sept

fois sur dix les multipares avec un utérus le plus souvent cicatriciels (34,60%). Les adhérences causées par la cicatrice antérieure rendaient difficile l'accès au petit bassin. Le décollement du péritoine vésico-utérin serait à l'origine de la survenue de lésions traumatiques vésicales au cours de la césarienne [9]. Gueye et al [1], au Sénégal en donnait la même explication devant l'apparition des lésions urologiques au décours des césarienne, en effet la vessie une fois distendue, peut être lésée lors de l'ouverture chirurgicale de l'abdomen, ou en cas de décollement du péritoine vésico-utérin.

Données sur les lésions urologiques iatrogènes

Le diagnostic se faisait majoritairement (96,20%) en per-opératoire ce contrastait avec les données de la littérature en France où les chiffres étaient beaucoup moins élevés [10, 11]. Dans une série tunisienne le diagnostic per opératoire des plaies urétérales était faible car elles n'étaient diagnostiquées que dans 7,50 % des cas [12]. Un diagnostic précoce est gage de meilleur pronostic car permettant une prise en charge précoce des lésions. Les plaies urétérales étaient le plus souvent diagnostiquées tardivement. En effet Fatnassi R et al. [8] en Tunisie, rapportaient un délai diagnostique de 10 jours dans le post-opératoire. En per opératoire l'élément de diagnostic le plus prépondérant était la coloration en rouge des urines au niveau de la sonde urinaire (46,15%). Au cours de la période post-opératoire, le diagnostic était fait devant la survenue de douleur lombaire à irradiation pelvienne, la fièvre et la persistance des urines rouges. La plupart des lésions du bas appareil urinaire (88,5%) était survenu au cours d'une césarienne. Les interventions carcinologiques n'ont pas été retenues dans notre série contrairement à d'autres auteurs. Ces interventions étaient programmées, réalisées dans des contextes différents de celles du bloc des urgences. Par ailleurs elles étaient pratiquées et par une équipe de médecins plus expérimentés. La face postérieure de la vessie le siège électif des lésions urinaires iatrogènes en raison des rapports anatomiques étroits qu'elle entretient avec l'utérus. Pour ce qui était des lésions urétérales, elles siégeaient préférentiellement au niveau de la portion sous ligamentaire de l'uretère. La majeure partie des plaies de la vessie doivent être immédiatement réparées pendant l'intervention, par cystorrhaphie en deux plans avec drainage de l'espace de Retzius si la plaie est large, comme suggéré par Gueye [1]. Dans notre série toutes les lésions traumatiques ont été réparées sans drainage de l'espace de Retzius avec obtention d'une guérison totale. Notre attitude était identique à celle d'Illoki [7], pour qui le drainage de l'espace de Retzius lors des plaies vésicales

n'était pas indispensable. La prise en charge des lésions urétérales avait consisté, soit à une urétérorraphie termino-terminale, soit à une urétérostomie, ou à une ablation du fil de suture. Notre pratique était largement observée dans la littérature [13-15]. Une étude sur les traumatismes urétéraux compliquant une chirurgie gynécologique, Fatnassi R et al [8] associaient aux gestes précédents une réimplantations urétéro-vésicale. Concernant les complications post opératoires, elles diverses à type de infections urinaires, de péritonite post-opératoire et de fistule vésico-vaginale. Toutes ces complications ont été prise en charge avec succès dans la plupart des (84,64%). Certains auteurs ont dû réalisé une néphrectomie totale dans leur série [5,8]. La durée moyenne du séjour hospitalier était longue variant selon la topographie des lésions entre quinze jours plus ou moins 12 jours avec des extrêmes de 8 et 50 jours. La durée moyenne dans le service d'urologie a été de 45+/-5 jours. Aucun cas de décès n'avait été constaté durant notre étude, ce qui corroborait les données de la littérature [5,8, 13-15].

CONCLUSION

Autrefois rares, les traumatismes urologiques au cours de la chirurgie gynécologique et obstétricale sont de plus en plus fréquents en raison de la multiplication des interventions chirurgicales. Leur prévention passe par un meilleur apprentissage et aux respects des indications par une pratique chirurgicale précise et prudente.

RÉFÉRENCES

1. **Gueye S M, Sylla M, Ba C.** Traumatismes urétéro-vésicaux au cours de la chirurgie pelvienne chez la femme. Rev .Fr. gynecol. Obstet. 1992: 87
2. **De Cicco C, Ret Davolosd M L, Van cleynenbreugel B, Verguts J, Koninckx PR.** Iatrogenic ureteral lesions and repair : a review for gynecologists. J Minim Inv. Gynecol. 2007: 14 :428-35
3. **Drake MJ, Noble JG.** Ureteric trauma in gynecologic surgery. Int Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 1998 ; 9 :108-17
4. **Hounasso PP, Akpo E C, Hodonou R K.** Les lésions urétérales iatrogène à propos de 8 cas Ann.

Urol. 1997; 31(5): 278-80

5. **Bouya PA, Odzébé AW, Otiobanda FG, Itoua C, Mahoungou-Guimbi K, Banga MR.** Urological complications of gynecologic surgery. Prog Urol. 2011; 21(12): 875-8

6. **Diallo, Diallo MB , Diallo AT.** Les complications urologiques de la chirurgie gynécologique à propos de 16 cas. Ann. Urol. 2001 ; 35 : 210-3

7. **Iloki LH, Bouya PA, Nkihou Abong AG.** Lésions urinaires au cours de la chirurgie obstétricale d'urgence : A propos de 6 cas observés au CHU de Brazzaville. Rev. Fr. Gynécol. Obstet. 1999; 94 (3) : 218-20

8. **Fatnassi R, Merzougui L, Rebhi I, Hajji M, Braiek S.** Les traumatismes urétéraux compliquant une chirurgie gynécologique. Pan Afr Med J. 2018; 30: 145

9. **Bennani S, Aboutaieb R A, El Mrini M, Benjelloun S.** Les traumatismes de l'uretère. A propos de 29 cas. J.Urol. 1994, 100 : 239- 24

10. **Cussenot O, Ferrier X, Le Duc A.** Lésions opératoires de l'uretère. EMC. 1991; 18 (6):197–203

11. **Benoit G, Boccon Gibod L, Teyssier P, Steg A.** Traumatismes iatrogènes de l'uretère. Ann Urol. 1983;17 (6): 332–6

12. **El Ouakdi M.** Les fistules urétéro-vaginales: à propos de 30 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1986;18: 891–4

13. **Raassen TJIP, Ngongo CJ, Mahendeka MM.** Diagnosis and management of 365 ureteric injuries following obstetric and gynecologic surgery in resource-limited settings. Int Urogynecol J. 2018; 29(9): 1303-9

14. **Rao D, Yu H, Zhu H, Duan P.** The diagnosis and treatment of iatrogenic ureteral and bladder injury caused by traditional gynaecology and obstetrics operation. Arch Gynecol Obstet. 2012; 285(3):763-5

15. **Sangaré D, Berthé HJG, Diakité ML, Samassekou A, Diakité AS, Diallo MS et al.** Les complications urologiques liées à la chirurgie pelvienne au CHU du Point-G, à propos de 23 cas. Mali Medical 2018;33 (2): 9-12