



# **LES TRAUMATISMES DE L'URETÈRE LORS DE CHIRURGIES GYNÉCOLOGIQUES**

*Ces lignes directrices ont été revues et approuvées par le Comité de pratique clinique - gynécologie et le Sous-comité en urogynécologie et ont été approuvées par le Conseil de la SOGC en juin 1999.*

### **Auteurs principaux**

Guylaine Lefebvre (présidente), MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)  
Mark Heywood, MD, FRCSC, Winnipeg (Man.)

### **MEMBRES DU COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE - GYNÉCOLOGIE**

Céline Bouchard, MD, FRCSC, Sainte-Foy (Qué.)  
George B. Gilliland, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)  
Deborah M. Money, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)  
Ward Murdock, MD, FRCSC, Fredericton (N.-B.)

### **MEMBRES DU SOUS-COMITÉ EN UROGYNÉCOLOGIE**

Harold P. Drutz (président), MD, FRCSC, Toronto (Ont.)  
Scott Farrell, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)  
Marie-Claude Lemieux, MD, FRCSC, Montréal (Qué.)  
Barry MacMillan, MD, FRCSC, London (Ont.)  
Thomas C. Mainprize, MD, FRCSC, Calgary (Alb.)  
David Wilkie, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

---

\***Déclaration de principe** : le document d'opinions fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celle-ci et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

## LES TRAUMATISMES DE L'URETÈRE LORS DE CHIRURGIES GYNÉCOLOGIQUES

Les traumatismes de l'uretère lors d'une intervention chirurgicale gynécologique sont assez rares. On indique un taux allant de 0,24 à 0,4 pour cent.<sup>1-7</sup> Les affections gynécologiques touchent souvent l'un des uretères ou même les deux. La chirurgie du pelvis complexe et la laparoscopie peuvent entraîner une incidence même plus élevée. Il se peut que l'incidence déclarée soit basse dans la mesure où plusieurs traumatismes de l'uretère ne sont ni remarqués ni déclarés. Les traumatismes de l'uretère sont la complication chirurgicale gynécologique qui entraîne le plus de litiges. Ils représentent 17 pour cent des poursuites judiciaires non obstétricales lancées contre les obstétriciens et les gynécologues.<sup>8</sup>

Les traumatismes de l'uretère peuvent se produire au bord pelvien, près du ligament suspenseur de l'ovaire, sur la paroi pelvienne où l'uretère passe sous l'artère utérine, ainsi qu'au cul-de-sac du vagin.<sup>4</sup> Les mécanismes responsables de ces traumatismes sont la ligature accidentelle, la distorsion ou la coudure, l'écrasement, la dévascularisation et la compression due à un hématome. Les traumatismes de l'uretère peuvent aussi se produire au moment d'une procédure vaginale ou abdominale (ouverte ou laparoscopique) visant à corriger l'incontinence urinaire d'effort et le prolapsus du périnée.

Certes, on peut réduire l'incidence de ces traumatismes en identifiant l'uretère au moment de l'intervention. Toutefois, cela n'en éliminera pas complètement la possibilité. De tels accidents ne devraient pas permettre de conclure à la négligence.<sup>8</sup> L'uretère est particulièrement en danger en présence d'endométriose, de masses pelviennes, de proci-dence, ou lorsqu'il y a eu dissection et cicatrisation rétropéritonéales antérieures. Certains chirurgiens gynécologues exposent systématiquement l'uretère en pratiquant une dissection rétropéritonéale durant les opérations abdominales lorsqu'on prévoit une chirurgie annexielle ou une hystérectomie. On n'a encore fait aucune étude rétrospective de cette méthode. Une analyse rétrospective menée par Neumann *et al.*<sup>5</sup> a conclu à une réduction statistiquement significative des traumatismes de l'uretère lorsqu'on pratique systématiquement une dissection rétropéritonéale de l'uretère. D'autres recommandent aussi cette pratique.<sup>1-7</sup> Le chirurgien doit être conscient de l'emplacement des uretères à chaque étape d'une intervention

chirurgicale pelvienne. Durant la chirurgie abdominale, lorsque l'anatomie normale du pelvis est altérée par la maladie, le chirurgien doit identifier l'emplacement et le trajet de l'uretère. On recommande le même degré de prudence pour la chirurgie laparoscopique et une attention toute particulière aux risques associés aux instruments de cautérisation et d'agrafage (recommandation des niveaux B et C)

La vérification peropératoire de la perméabilité et de la fonction urétérales au moyen d'une cystotomie sous-pubienne ou par voie transurétrale (cystoscopie) est indiquée lorsqu'on craint la possibilité d'un traumatisme. On peut injecter intraveineusement du carmin d'indigo ou du bleu de méthylène pour identifier les orifices urétéraux et déterminer la perméabilité urétérale.

On a démontré que la mise en place de tuteurs urétéraux avant l'intervention diminue le risque de traumatismes de l'uretère. Bien que leur usage n'ait pas encore été prouvé efficace en chirurgie gynécologique, on peut envisager leur mise en place dans des situations où les risques cliniques sont élevés (recommandation du niveau C).

On doit maintenir un indice de suspicion élevé après l'intervention lorsque les patientes se plaignent de douleurs lombaires ou de sensibilité au toucher, surtout lorsque cela est accompagné de fièvre ou d'un iléus. On recommande alors un examen précoce au moyen d'une échographie et d'une pyélographie intraveineuse. Stanhope *et al.*<sup>2</sup> ont observé une élévation moyenne de la créatinine sérique de 71 micromoles/litre (allant de 27 à 124 micromoles/litre) de 36 à 48 heures après l'intervention, en comparaison des niveaux préopératoires, chez les patientes souffrant d'une obstruction urétérale unilatérale. Il peut donc être utile de mesurer les niveaux de créatinine avant et après l'intervention. Une élévation de la créatinine devrait alors être évaluée au moyen d'un examen d'imagerie. À l'heure actuelle, on ne recommande pas de mesurer systématiquement les niveaux de créatinine avant l'intervention chez toutes les patientes devant subir une intervention chirurgicale (recommandation du niveau C).

Lorsqu'il y a suspicion d'obstruction ou de dommage durant l'intervention, un chirurgien ayant la compétence nécessaire devrait évaluer la situation et y remédier. L'identification postopératoire peut exiger que la patiente soit dirigée vers un chirurgien capable de pratiquer tout traitement et toute chirurgie pour le traitement des traumatismes de l'uretère s'avérant nécessaires.



## SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS :

1. **Prévention** : identification systématique de l'emplacement et du trajet de l'uretère lors d'une intervention chirurgicale gynécologique; cela inclut la chirurgie laparoscopique avec usage d'instruments d'électrochirurgie, de laser et d'agrafage. Ceci peut être accompli par visualisation transpéritonéale, par palpation, ou par dissection rétropéritonéale.
2. **Durant l'intervention** : vérification de la perméabilité urétérale lorsqu'il existe une possibilité de traumatisme.
3. **Réparation** : réparation immédiate par un chirurgien possédant la compétence nécessaire lorsque l'obstruction ou le traumatisme est découvert durant l'intervention.
4. **Indice de suspicion élevé** : maintien d'un degré élevé de suspicion clinique pour un traumatisme de l'uretère, accompagné d'un examen précoce permettant de poser un diagnostic formel. Si des traumatismes de l'uretère sont détectés après l'intervention, diriger la patiente vers un spécialiste qualifié si nécessaire.

Chaque recommandation a été cotée pour représenter le niveau d'évidence sur lequel elle se fonde :

**Niveau A** : essais randomisés.

**Niveau B** : autres études importantes, expérimentales ou par observation.

**Niveau C** : preuves plus limitées, mais les recommandations se fondent sur l'opinion des experts et ont été sanctionnées par des groupes reconnus.

J SOC OBSTET GYNAECOL CAN 1999;21(14):1341-43

## RÉFÉRENCES

1. Scott T, Webster R. Iatrogenic urologic injuries during obstetrical and gynaecological surgery. *J Obstet Gynaecol Can* 1996;18(6):595-8.
2. Stanhope CR, Wilson TO, Utz WJ, Smith LH, O'Brien PC. Suture entrapment and secondary ureteral obstruction. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:1513-9.
3. Goodno JA, Powers TW, Harris VD. Ureteral injury in gynecologic surgery: a ten year review in a community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1817-22.
4. Daly JW, Higgins KA. Injury to the ureter during gynecologic surgical procedures. *Surg Gynecol Obstet* 1988;167:19-22.
5. Neuman M, Eidelman A, Langer R, Golan A, Bukovsky I, Caspi E. Iatrogenic injuries to the ureter during gynecologic and obstetric operations. *Surg Gynecol Obstet* 1991;173:268-72.
6. Brubaker LT, Wilbanks GD. Urinary tract injuries in pelvic surgery. *Surg Clin North Am* 1991;71:963-76.
7. Canadian Medical Protective Association Information Letter 1997.
8. Vilos GA, Dow DJ, Allen HH. Litigation following Ureteral Injuries associated with Gynaecological Surgery. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1999;21(1):31-45.

What's new on...

# SOGCnet

www.medical.org

Come join the growing number of members accessing SOGC information via the Internet.

### New features include:

- On-line registration forms available for up-coming SOGC Continuing Medical Education Programs.
- New gateway to Medline and Cochrane database (for SOGC members only).
- SOGC News & Junior Member Newsletter (SOGC members only).

Coming soon: *Chat room for physicians.*

For more information on the net, contact:

*The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*

Tel.: (613) 730-4192

E-mail: [mike@sogc.com](mailto:mike@sogc.com)

