
Place des prothèses de KRON en silicone dans les lésions des uretères lors des interventions pour cancers avancés de l'ovaire et de l'utérus

B.KRON1, C.KRON (1), J.CADY (2)

1) Centre chirurgical de Chatou
32 avenue de Brimont
78400 CHATOU

2) Clinique Geoffroy Saint Hilaire
59 rue Geoffroy saint hilaire
75005 PARIS

A propos de la séance de
cancérologie gynécologique
modérée par JP LEFRANC (5/05/04)

Le cancer épithélial de l'ovaire est diagnostiqué dans les deux tiers des cas, à un stade avancé, avec une carcinose pelvienne ou viscérale majeure (stade 3 et 4).

Le cancer du col utérin malgré les progrès du dépistage précoce, est souvent diagnostiqué quoiqu'à un stade moins avancé, également tardivement (5 à 50% des cas selon les séries).

Les progrès techniques de restaurations viscérales autorisent des exèses de plus en plus audacieuses. Les progrès de la radiothérapie associée à la chirurgie donnent des reculs qui peuvent dépasser 5 ans !

L'envahissement ou la lésion des uretères dans un tel contexte atteint 5 à 20% des patientes selon les séries. Il peut s'agir d'envahissements dans la carcinose pelvienne, de compression par des adénopathies, de blessures ou de dévascularisations plus ou moins étendues lors de la dissection rétro-péritonéale ou pendant une chirurgie de reprise (récidives après radiothérapie).

Les procédés de restauration classique (dérivations du type Bricaire), sont trop lourds ou trop mutilants chez ces patientes encore jeunes. La néphrectomie d'un rein encore fonctionnel doit être évitée.

Les sondes « double J » ont tendance à s'obstruer au-delà d'un an et ne peuvent pas toujours être changées par voie endoscopique (les fausses routes sur ces uretères fragilisés et les complications septiques chez ces patientes immuno-déprimées sont fréquentes).

Il y a donc une large place dans un tel contexte pour une prothèse.

Ces prothèses dérivent des prothèses biliaires en silicone (B.KRON 1972-1974). De diamètre de 5 à 6 millimètres, elles peuvent être suspendues ou urétéro-vésicales.

L'étanchéité de la prothèse est assurée, comme pour les voies biliaires, par des ligatures circulaires (ceci évite toute suture sur les bagues, sources d'incrustations et d'obstructions).

Casuistique

Dix patientes ont subi ce type d'intervention lors de cancers gynécologiques évolués, dans notre série de 40 malades. Il s'agissait :

- de 3 cancers évolués de l'ovaire
- de 3 cancers évolués du col utérin
- de 2 récurrences après radiothérapie
- de 2 carcinoses pelviennes dont l'étude histologique ne permettait pas de préciser le point de départ.

Il y a eu 3 prothèses suspendues et 8 réimplantations urétéro-vésicales (l'une étant bilatérale).

- 2 reins peu fonctionnels ont nécessité une néphrectomie secondaire.

Les autres patientes ont eu des suites opératoires simples, avec pour deux patientes, un recul de plus de 50 mois (50 et 68 mois avec un rein fonctionnel).

Les indications de ces prothèses sont pour nous, les atteintes de l'uretère par compression (adénopathies), scléroses radicales ou envahissement par la carcinose. En particulier dans les carcinoses pelviennes où l'uretère est, soit envahi soit trop dévascularisé lors de la dissection, afin de ne pas risquer une sténose ou une fistule secondaire.

L'utilisation plus large de ces prothèses devrait diminuer la fréquence des fistules urinaires qui dépasse 5 à 10% dans certaines séries de cancers gynécologique évolués.

Ces prothèses sont de mauvaises indications lors des fistules post-opératoires, compte tenu du risque sceptique. Les dérivations urinaires à la peau doivent être évitées chez ces patientes encore jeunes.