

Lyon; 31 05 2024

Traitement de l'incontinence Urinaire chez la femme

Professeur Olivier Dupuis Lebreton
Chirurgien Gynécologue - Obstétricien
Université de Lyon
Service de Gynécologie Obstétrique
CHU Lyon SUD
Hospices Civils de Lyon

Conflits d'Intérêts ?

Aucun

- I. Réglementation ?
- II. Définition de l' incontinence urinaire ?
- III. Rappel :les quatre éléments anatomiques cardinaux pour assurer la continence
- IV. Différenciation IUE / IUU
- V. Examen de la patiente
- VI. Traitements « les 13 piliers »
- VII. Conclusion

I. Existe-t-il une réglementation
spécifique applicable au traitement
chirurgical de
l'IUE en France ?

Arrêté du JO 23 Octobre 2020 encadrant la pratique des actes associés à la pose de bandelette sous urétral (BSU)

- **Evaluation en consultation**
- **Bilan Uro génital**
- **Devoir d'informations : avantages et risques des différents traitements**
- **Remise systématique de la fiche d'information standardisée disponible sur le site web du Ministère des solidarités et de la santé**
- **Concertation pluridisciplinaire avec au moins**
 - Un chirurgien spécialisé en gynécologie obstétrique**
 - Et**
 - Un chirurgien spécialisé en urologie**
 - ET**
 - Si besoin un médecin de médecine physique et de réadaptation spécialisé en rééducation périnéale**

- « Délai de réflexion suffisant »
- CR écrit de la concertation transmis à la patiente en pré opératoire
- Chirurgien doit avoir fait au moins 15 procédures , « une pratique régulière est ensuite Nécessaire »
- Remise des documents de traçabilité du DM : identification de l'implant + Lieu + date + nom du chirurgien
- Consultation à un mois et à un an
- Validité : Octobre 2020 à Octobre 2023

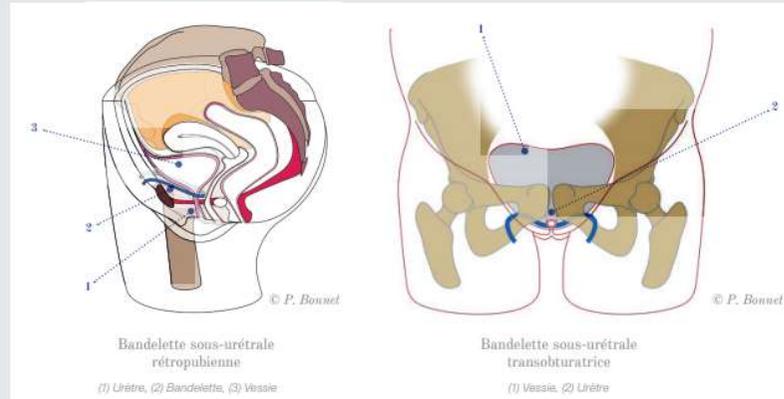
Exemple de fiche d'information sur les BSU



FICHE D'INFORMATION AUX PATIENTES

CURE D'INCONTINENCE URINAIRE PAR BANDELETTE SOUS-URETRALE

Cette fiche, rédigée par le Groupement des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française (GGOLF), a pour but de vous expliquer les principes de l'intervention que va pratiquer votre gynécologue chirurgien. Son déroulement, les conséquences habituelles, les risques potentiels et les conditions du suivi après intervention sont aussi précisés. Cette fiche, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue lors de votre consultation, vous permet d'avoir le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre gynécologue.



Qu'est-ce qu'une incontinence urinaire?

L'incontinence urinaire se définit par toute fuite involontaire d'urine. Il existe plusieurs types d'incontinence urinaire :

- L'incontinence urinaire à l'effort : les fuites se produisent lors d'un effort tel que la toux, le rire, l'éternement, le changement de position, la pratique du sport

sous-urétrale permet de réduire ou de faire disparaître uniquement les fuites urinaires à l'effort

Votre médecin peut vous proposer un bilan urodynamique afin de mieux comprendre quel type d'incontinence vous présentez.

Comment se passe l'opération?

II. Quelle est la définition de
l' incontinence urinaire ?
(diagnostics différentiels)

Définition de l'incontinence urinaire :

- Emission
- Involontaire
- D'Urine
- Par le Méat urétral
- En dehors d'une rétention

Diagnostic Différentiel de l'incontinence urinaire (A,B,C,D,E) :

A. Emission *volontaire* d'urine:

- Céphalées
- Trouble du comportement

Etiologies

- Démence
- Tumeur cérébrale

Bilan

- Consultation Neurologue
- IRM cérébrale ...

B. Emission *de liquides non urinaire* :

Liquide Glande de Bartholin

Liquide Glande de Skene

Bouchon muqueux

Etiologies

- Femme fontaine
- Enceinte à terme

Bilan

- Aucun

C. Emission par *un endroit autre
que le méat urétral* :
Émission par le vagin

Etiologie :
Fistule vésico vaginale

Bilan :

- Interrogatoire +++

Antécédents chirurgicaux ?

Antécédents obstétricaux ?

Bilan (suite)

- Test au bleu

Remplissage de la vessie avec 200 ml de
sérum physiologique teinté de bleu de
méthylène et mettre une compresse dans
le vagin Faire marcher la patiente 15 mn
puis retirer la compresse

Si elle est bleu le diagnostic est fait

- Cystographie +++

Fuite de produit de contraste

D. Miction par regorgement

Diagnostic

échographie avant et après une
miction et mesure du *résidu*

Après la miction il existe un résidu
significatif

Cause :

Homme : obstacle prostatique

Femme : enclavement de l'utérus
Complication rare survenant chez
les femmes qui ont un utérus
rétroversé, en particulier en cours
de grossesse...

E. Faire le diagnostic différentiel de la pollakiurie c'est-à-dire le diagnostic des polyuries

- Directement : quantifier la diurèse sur 24 heures :
La diurèse normale = 1ml / Kg / heure +++
Ex : 70 kg = 70 ml/h = 1,68 l /24h

Etiologies :

- Diabète : Glycémie a jeun
- Diabète insipide : déficit en ADH (vasopressine
- Fabriquée par l'hypothalamus)
- Potomanie
- Prise médicamenteuse (diurétique)
- Polydipsie

Bilan :

- Interrogatoire
- Glycémie à jeun
- Examen neurologique

III. Rappel quels sont les quatre éléments anatomiques qui permettent d'assurer la continence urinaire (liste non exhaustive) ?

1. Vessie :
 - muscle vésical = détrusor
 - récepteurs Beta = relaxation du détrusor
 - récepteurs sympathique = contraction

2. Sphincter vésical = col vésical
 - récepteur alpha qui contracte le col vésical
 - et peu de récepteur para s

3. Urètre : Sphincter strié = s urétral = 1cm d'urètre

- Responsable de la pression de clôture (PC)
- Il est situé à mi distance de l'urètre
- La PC est enregistrée lors du bilan urodynamique (BUD) c'est la « profilométrie urétrale »
- Sa valeur est de 110 cm d'H2O moins l'âge

4. Existe-t-il un autre élément anatomique important pour assurer la continence urinaire ?

Question :

Sachant que la puissance maximale du sphincter urétral strié est de 110 cm d'H₂O – âge (+/- 20%) et qu'un effort de toux peut entraîner une pression de 150 cm d'H₂O

Comment se fait-il qu'il n'y ait pas toujours une incontinence urinaire lors de ces efforts ?

Autrement dit :
Avec une même « Pression de Clôture »
(déterminé lors du BUD)
Certaines Femmes sont continentes
alors que
d'autres sont incontinentes
Pourquoi ?

Lors d'un effort de toux le col vésical descend et l'urètre descend mais normalement *la paroi vaginale antérieure reste fixe.*

Le col vésical et l'urètre vont s'écraser contre cette paroi vaginale antérieure et c'est ce mécanisme qui assure la continence urinaire, ce mécanisme a été mise en évidence par le Dr Ulf Ulmsten, gynécologue–obstétricien en Suède.

Les femmes continentales ont
une paroi vaginale antérieure bien fixée ...

Les femmes incontinentes ont
une fixation « défailante » de la paroi
vaginale antérieure...

Le quatrième élément qui intervient dans la continence urinaire c'est la paroi vaginale antérieure ++qui est le support naturel de l'urètre

La paroi vaginale antérieure est normalement attachée à la paroi pelvienne par les muscles releveurs de l'anus

IV. Distinction entre l'incontinence
urinaire d'effort (IUE) et
l'incontinence urinaire par instabilité
= urgenturie (IUU)

Pourquoi faire la distinction
entre IU Effort et IU / Instabilité ?

Parce que ces deux types
d'incontinence urinaire ont :

- Une physiopathologie différente
- Un traitement différent ++

Présentation clinique IUE et IUU

50%

- **L'incontinence urinaire d'effort (IUE) :**

fuite involontaire d'urine, non précédée du besoin d'uriner, qui survient lors d'hyperpression abdominale telles que :

toux,

rire,

éternuement,

saut,

course,

soulèvement de charges,

marche,

montée d'escalier.

20%

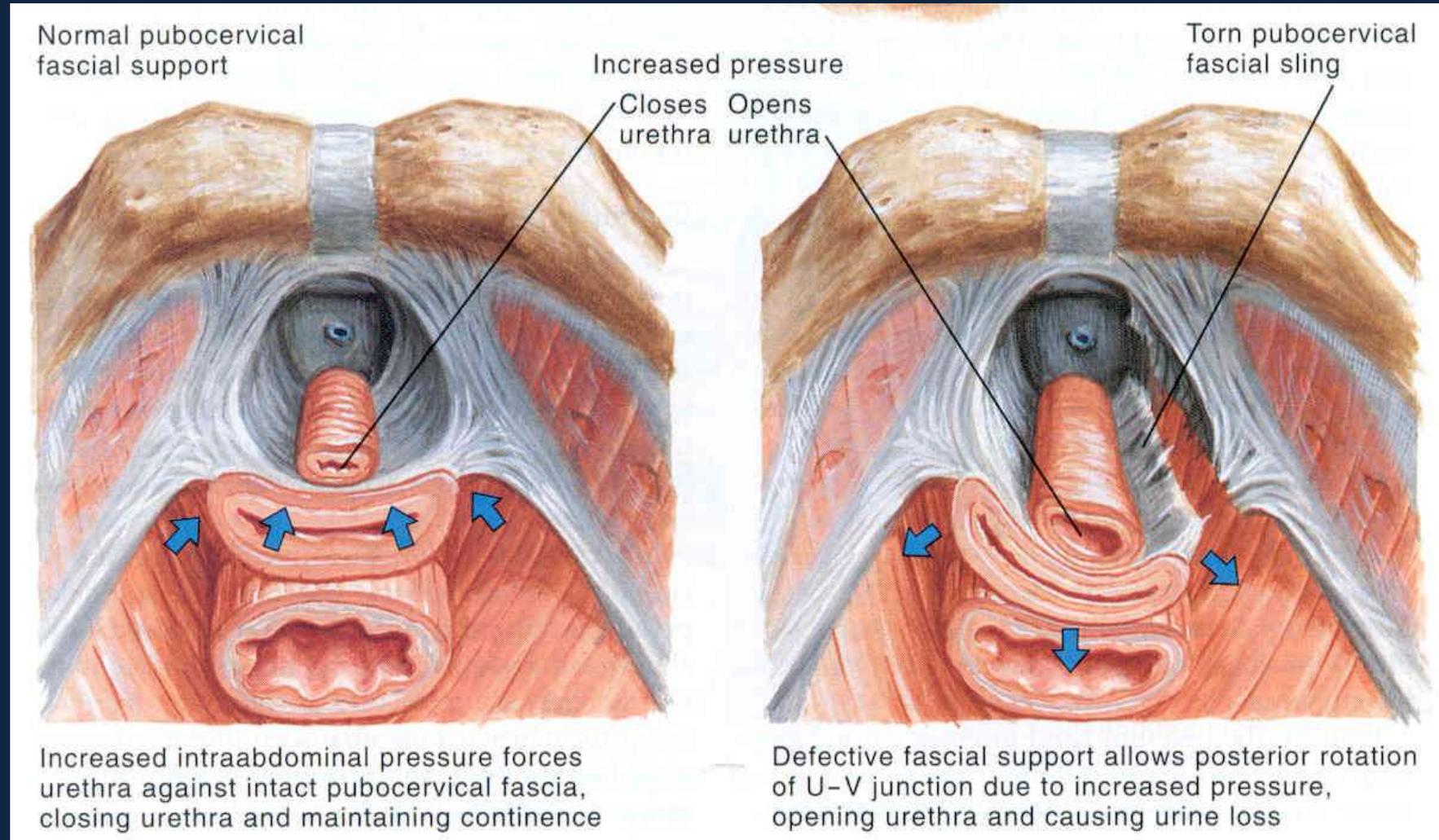
- **L'incontinence urinaire par urgenterie (IUU) :**
fuite involontaire d'urine
précédée d'un besoin urgent et irrépressible d'uriner
aboutissant à une miction ne pouvant être différée

30%

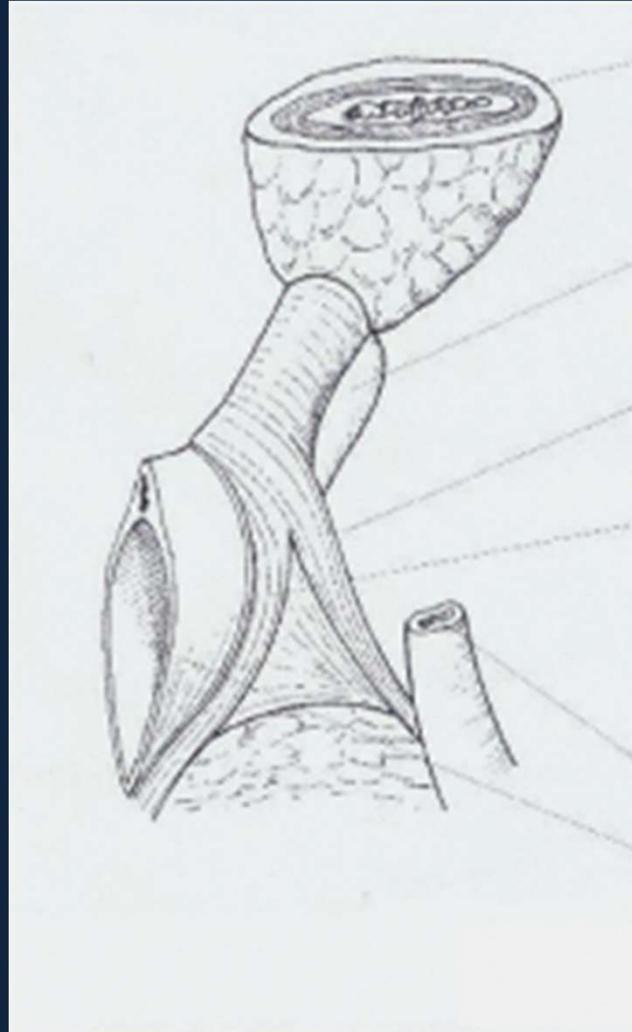
- **L'incontinence urinaire mixte (IUM) :**
combine les deux types précédents

Physiopathologie IUE / IUU

- ***IU d'Effort par anomalies du soutènement urétral
c'est-à-dire par altération de la paroi vaginale antérieure
(fréquence +++)***



- ***IU d'Effort par insuffisance du sphincter urétrale
(rare)***



- ***Urgenturie = IU par Instabilité***

Infection urinaire,

Irritation du muscle vésical - polype,
- calcul,
- tumeur ,
- corps étranger.

Maladie neurologique (SEP)

Vessie rétentionniste (obstacle urétrale, détrusor
acontractile) ++

Hyperactivité vésicale fonctionnelle

- ***IU Mixte***

	IUE (Effort)	IUU (Instabilité)	IU Mixte
Diagnostic	Interrogatoire	Interrogatoire	Interrogatoire
Effet de la chirurgie ?	Amélioration	Aucun ou Aggravation ou Amélioration	Amélioration IUE Aggravation Instabilité
Effet des médicaments ?	Aucun	Amélioration	Amélioration Instabilité
Association aux prolapsus	IU masquée possible	possible	Possible

V. Examen de la patiente qui a une incontinence urinaire

Il est évident que le médecin doit avant de réaliser cet examen non seulement expliquer celui-ci mais aussi recueillir le consentement de la patiente , en effet cet examen peut être vécu comme particulièrement invasif.

➤ Cinq Objectifs de cet examen :

A. Y a-t-il une IUE ?

B. Le test d'Ulmsten est il + ?

C. Y a-t-il un prolapsus ?

D. Y a-t-il une IU masquée ?

E. La commande du périnée est elle acquise ?

A. Comment rechercher une IU effort ?

➤ La vessie doit être pleine ++

- Soit pleine avant la consultation
- Soit la remplir : une poche stérile de vesirig© (250ml)

➤ Efforts de toux

- En position Gynécologique
 - Debout

B. Qu'est ce que le Test d'Ulmsten ?

Qui est ULMSTEN ?

- « Ulf Ulmsten » est le nom du gynécologue obstétricien suédois qui a inventé la technique dite « TVT » de traitement de l'IUE.

« TVT » = « Tension free Vaginal Tape » = BSU

= Bandelette vaginal sans tension

Dans le TVT la bandelette est posée *par voie rétropubienne*

- Aujourd'hui le traitement est essentiellement de type « TOT » qui est une technique variante du TVT

« TOT » = « Tension free Obturator Tape » = BSU

Dans le TOT la bandelette est posée *par voie transobturatrice*

Le Test d'ULMSTEN

- Le test d'Ulmsten a pour objectif de mimer lors d'une consultation la pose d'une bandelette sous urétral (BSU) pour essayer de prévoir si ce traitement sera ou non efficace.
- Le médecin va poser les deux extrémités d'une pince sur la paroi vaginale antérieure de chaque côté de l'urètre et va demander à la femme de tousser.
- Si il y a une fuite à la toux quand les deux extrémités de la pince ne sont pas en contact avec la paroi vaginale antérieure et que cette fuite disparaît quand les deux extrémités de la pince soutiennent la paroi vaginale antérieure, le test est dit « positif », et cela augure d'une possible efficacité de la pose d'une BSU.

C. Existe-t-il un Prolapsus ?

Combien « d'étages » existe t'il
pour les prolapsus ?

Il y a quatre « étages »

- L'étage « Antérieure » : Cystocèle = C
= prolapsus de la vessie.
- L'étage « Moyen » : Hysterocèle = H
= prolapsus de l'utérus.
- L'étage « Postérieur » : Rectocèle = R
= prolapsus du rectum.
- L'étage « Profond » : Elytrocèle = E
= prolapsus du cul de sac de Douglas.

Comment faire cet examen des
4 étages ?

1. Prendre un Spéculum

- Le laisser entier l'approcher du col : sans toucher le col
- Demander à la femme de pousser (Pas de Tousser) et regarder si le col utérin descend. Si il descend coter le degré d'Hysterocele.

2. Démonter le spéculum, plaquer une moitié du spéculum contre la paroi postérieure du vagin, et observer la paroi antérieure lors des efforts de poussée. Si la paroi vaginale descend coter le degré de la Cystocèle.

3. Démonter le spéculum, plaquer une moitié du spéculum contre la paroi antérieure du vagin et faire pousser tout en observant la paroi postérieure. Si cette paroi descend lors de la poussée, coter la Rectocèle.

4. Faire un toucher vaginal avec l'index et majeur de la main gauche et en même temps un Toucher Rectal avec l'index droit et en même temps faire pousser la patiente. Si on ressent entre les doigts des deux mains une masse molle, c'est probablement des anses gréales dans le prolapsus du cul de sac de Douglas. C'est une Elytrocéle.

Cotation à faire pour les 3 étages (C/H/R)

- Stade 1 : physiologique
- Stade 2 : la paroi ou l'organe n'atteint pas le plan de la vulve mais atteint le tiers inférieur du vagin.
- Stade 3 : la paroi ou l'organe affleure le plan de la vulve.
- Stade 4 : la paroi ou l'organe dépasse le plan de la vulve et s'exteriorise

Au final, chaque cas est unique et le médecin va coter les trois étages et indiquer si il existe ou non un elytrocèle.

Exemples :

« C1, H1, R3, E+ » signifie que la patiente a un prolapsus rectal associé à une elytrocèle.

« C2 H3 R2 E- » signifie qu'il y a une hysterocele avec une cystocèle et une rectocèle d'entraînement.

D. Rechercher une IU dite « masquée »
Quel synonyme ?

IU masquée = « effet pelote »

- Stade initial : la femme constate l'apparition d'une IUE. A ce stade il n'y a pas de prolapsus associé.
- Stade suivant : un prolapsus apparait, son apparition corrige l'IUE qui disparaît, c'est l'effet dit « effet pelote ».
- Stade suivant : correction chirurgicale du prolapsus une IUE réapparaît en post opératoire.

- A chaque fois qu'il y a un prolapsus, il faut rechercher cet effet pelote c'est-à-dire vérifier si le prolapsus n'a pas corrigé une IUE.

Alors que la patiente est en position gynécologique on refoule le prolapsus avec une pince languette mais sans faire une manœuvre d'Ulmsten C'est-à-dire que l'on refoule la partie supérieure de la vessie, et non pas la zone para urétrale et une fois le prolapsus refoulé on demande à la patiente de tousser vessie pleine++ Si on constate une IUE c'est qu'il y a un effet pelote. Dans ce cas si on envisage une cure du prolapsus il faudra proposer en même temps une cure de l'IUE pas BSU.

E. Evaluer la qualité de la
commande périnéale ?

1. La patiente sait elle réaliser une contraction isolée des muscles releveurs ?

Le médecin fait un TV avec index et majeur droits et en même temps il pose sa main gauche à plat sous le nombril et il demande à la femme de « serrer l'index et le majeur vaginaux sans contracter les abdominaux ni les fessiers »

2 . Quelle est l'intensité de la force de contraction des muscles releveurs ?

Faire un TV et lui demander de serrer les doigts et évaluer l'une des 3 situations :

- Contraction nulle c'est-à-dire non ressentie
- Contraction minimale
- Contraction normale

3. Quelle est la capacité de relaxation des muscles releveurs c'est-à-dire évaluation du tonus de base des muscles en dehors d'une contraction c'est-à-dire au repos

Lors du TV évaluer si il y a une

- Hypertonie périnéale (vaginisme)
- Hypotonie périnéale (béance vulvaire)

Cette évaluation est capitale car elle donnera
les grands axes de la kinésithérapie

Apprentissage des bases c'est-à-dire de la
contraction isolée volontaire des releveurs

et, ou

Kinésithérapie en contraction

et, ou

Kinésithérapie en relaxation

Risques liés aux IUE et IUU

- Risque social : isolement, qualité de vie
- Risque sexuel : IU pendant les rapports
- Risque septique : cystite / PNA / néphrite
- Risque hydraulique : reflux vésico urétéral

Les risques septique et hydraulique concernent uniquement les patientes qui ont un prolapsus associé ...

VI. Traitements des IUE et IUU

1. Maitrise du poids :

- Calcul du BMI
- Si BMI > 30
- Conseils alimentaires ++
- Dosage de TSH (0,4 à 4)
- Dosage de GJ
- Pas de chirurgie ...

Ce point est très important

Etude récente :

Int Urogynecol J 2016 Sep 29 Brennand EA et al

Résultats à 5 ans des TVT et TOT

Efficacité des BSU si BMI < 30 = 87%

Efficacité des BSU si BMI > 30 = 66%

P=0,003

2. Lutte contre la constipation :

- Pourquoi ?

- La constipation va entraîner des efforts de poussée qui vont abîmer la paroi vaginale antérieure et entraîner une
 - apparition et aggravation du prolapsus sur les trois étages
 - aggravation de l'IUE
 - abîmer le montage chirurgical
- Un fécalome peut constituer une épine irritative qui conduit à une IU par instabilité

3. Prévention de l'infection urinaire :

- Hydratation : 1,5 – 2 l /jr
- Acidification des urines
 - = vitamine C 1gr / jour
 - ou jus de canneberge
- Si germe = protéus
 - rechercher une lithiase
- Bilan si IU récidivantes ++
(diabète, cystoscopie ...)

4. Règles hygiéno diététiques :

- Arrêt du tabac
- Éviter le thé, café, vin blanc, champagne
- Éviter les situations favorisant une hyperpression abdominale

5. Eviter la distension vésicale et ou réduire la vessie

- Mictions régulières toutes les 3 – 4 heures
- Répartition équilibrée sur 24 heures
- Surtout si le BUD montre une vessie distendue avec une capacité > 500ml

Rééducation vésicale dans l'IU

Wallace SA Cochrane 2009

- « Bladder training » = espacement des mictions
- 8 études 858 femmes et hommes
- Rééducation versus pas de rééducation : NS
- Rééducation versus autre TTMT : resultats discordants
- Rééducation + autre TTMT vs autre TTMT seul : NS

Revue peu concluante ; effectif faible; qualité modérée ;
À suivre

6. Adaptation des traitements :

- Si prise de diurétiques
prise plutôt le matin
- Si prise de plusieurs
médicaments :
revoir les prescriptions
maxi 3

7. Traitement de l'atrophie vulvo vaginale par Hypo oestrogenie :

- Chez la femme ménopausée
- Colpotrophine© une noix
/ jour sur la vulve 20 jours
par mois / 6 mois
- A essayer +++
- En pré opératoire +++

Oestrogenotherapie dans l'IU de la femme ménopausée

JD Cody Cochrane 2012

34 études et 19 676 femmes

- Œstrogène **oraux** :
6 études administration orale d'oestrogène vs placebo
les œstrogènes **aggravent significativement l'IU !**
(RR 1,32 95%CI 1,17-1,48)
- Œstrogène **locaux** +++
Amélioration de l'IU (RR 0,74% 95%CI 0,64-0,86)
**Moins d'urgence, moins de PK, une à deux mictions
de moins par 24h +++**

En pratique :

œ Estrogène locaux +++

Colpotrophine©

Gydrelle©

Physiogine©

Trophicreme©

Une application / jour 3 mois

8. Prise en charge des diabètes

- Eviter les infections urinaires
- Eviter les neuropathies ...

9. Rechercher les obstacles :

- Rechercher une dysurie
en effet les contractions vésicales
désinhibées peuvent être secondaires à
un obstacle ...

- Débitmètrie lors du BUD ++

 - Valeur du débit max ?

 - Courbe en cloche ?

 - Sténose du méat urétral ? (THS, méatotomie)

-

10. Kinésithérapie périnéale (IUE / IU Mixte / IUU) :

Recommandations sur la place de la rééducation

Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women
(Review)

Hay-Smith EJC, Dumoulin C



THE COCHRANE
COLLABORATION®

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2007, Issue 4

<http://www.thecochranelibrary.com>

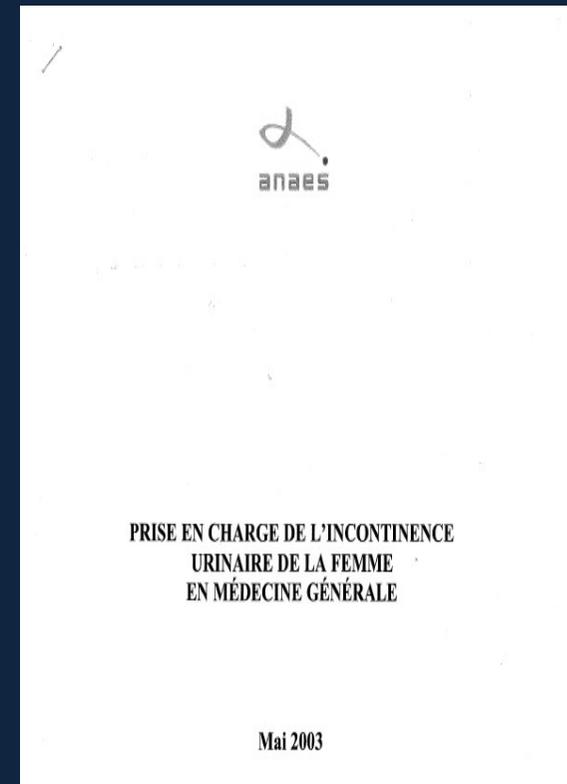


Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women (Review)
Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd

PLAIN LANGUAGE SUMMARY

Pelvic floor muscle training helps reduce urinary incontinence in women.

Stress incontinence is the involuntary leakage of urine with a physical activity such as coughing or sneezing and can happen if the pelvic floor muscles are weak. Urge leakage occurs with a strong need to urinate, but the person cannot make it to the toilet in time and is caused by an involuntary contraction of the bladder muscle. A combination of stress and urge leakage is called mixed incontinence. The review of trials found that pelvic floor muscle training (muscle-clenching exercises) helps women with all types of incontinence although women with stress incontinence who exercise for three months or more benefit most.



ANAES 2003 :
« Rééducation périnéale en 1^{ère} intention chez une femme motivée, sans trouble cognitif et capable »

Cochrane 2007 : *« la rééducation périnéale aide à diminuer l'IU de la femme »*

Cochrane Database of systematic reviews 2010 Chantale Dumoulin, Jean Hay Smith

- 14 études avec 836 femmes
- ECR
- IUE et IUU
- Un bras kiné avec PFMT Pelvic Floor Muscle Training
- Un bras placebo, pas de traitement
- **Intérêt Femmes avec IU par urgenturie ++**
- **Dans le groupe « Kinésithérapie »**
 - Meilleure qualité de vie**
 - Diminution des épisodes d'IU**
 - Guérison ou amélioration plus fréquente**

Points essentiels de la Rééducation périnéale +++

1. En première Intention +++

2. Quelque soit le Type de l'IU ++

3. Cf commande périnéale :

Capacité à la contraction *isolée* des muscles releveurs

Capacité de *contraction* des muscles releveurs

Capacité de *relaxation* des muscles releveurs (TV)

4. Apprentissage du verrouillage périnéal immédiatement avant un effort d'hyper pression abdominale +++

Concept de « perineal locking » ++

Exemple avant un effort de toux

Concept de « cortical awareness » ++

Objectif essayer de rendre se verrouillage efficace a chaque effort
qui comprend une hyper pression abdominale

5. Rééducateur compétent

6. explications anatomo-physiologiques

7. Pas de geste « toxique » , pas de « stop-pipi »

8. Les études montrent que même si la femme arrive à contracter ces muscles l'encouragement prodigué par le kinésithérapeute améliore le renforcement musculaire

- au moins une séance par semaine
- au moins 10 séances (mais maximum 20 séances)

9. Importance du travail personnel entre les séances et après la fin de la rééducation apprentissage de l'auto rééducation (place du Keat à évaluer)

10. Les Techniques de rééducations sont équivalentes

(travail manuel, biofeedback, électrostimulation)

11. Dispositifs médicaux

- Pessaires, Tampon ...
- Si refuse la chirurgie ou si contre indication à la chirurgie
- A Lipp Cochrane 2011 Mechanical devices for urinary incontinence in women
 - 7 études avec 732 femmes
 - DM versus rien NS
 - DM1 versus DM2 NS
 - DM vs DM+PFT vs PFT A 12 mois NS
 - Etudes avec des effectifs trop faibles

12. Traitement Chirurgical ++

Avant de programmer une chirurgie :

1 . L 'IUE est elle reproduite en consultation vessie pleine ?

Ne pas opérer les patientes dont l'IUE n'est pas visualisée ++

2. La gêne occasionnée est elle significative ?

La nécessité de porter des protections,
L'impact sur la vie sociale sont des bons marqueurs.

3. La patiente sait elle uriner ? ++

La miction est un phénomène de relâchement,
Ne pas operer les femmes qui poussent pour uriner ++

4 . Rechercher une contre indication anatomique à la chirurgie

Ne pas operer une femme dont la paroi vaginale antérieure est rigide et immobile à la poussée ex : après radiothérapie

5. Rechercher une contre indication en regardant le BUD

- ✓ Vérifier que le résidu post mictionnel est normal.
- ✓ Vérifier qu'il n'y a pas de contractions non inhibées du detrusor.
- ✓ Vérifier qu'il ne s'agit pas d'une vessie distendue en regardant la capacité vésicale (B3) qui doit être $<$ à 500 ml.
- ✓ Vérifier la débitmétrie : en cas de dysurie liée à une sténose du méat il faudra associer une méatotomie (débit max normal \geq 15ml/sec).

6. La patiente est elle compliant ?

- ✓ Accepte t'elle l'arrêt du tabac au moins un mois avant et un mois après l'opération ?
- ✓ Accepte t'elle l'arrêt des rapports sexuels pendant un mois en post opératoire ?
- ✓ A-t-elle accepté un risque d'échec de l'ordre de 10% ?

7. Eliminer une pathologie neurologique (SEP)

- ✓ La patiente peut elle marcher sur les talons +++
Si la marche sur les talons n'est pas possible : cs neurologie ++

La technique d'Ulmsten

=

TVT et TOT

Pourquoi est ce une technique chirurgicale
« révolutionnaire » ?

- *Pour IU Effort ou IU Mixte*
- Simplicité +++ (durée 30 minutes)
 - Efficacité (80-90 %)
- Innocuité (complications rares)

*Donc Différences majeures avec anciennes techniques
Colposuspension complexes, inefficaces, dangereuses*

1995, premières publications de Ulf Ulmsten

A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence.

[Ulmsten U](#)¹, [Falconer C](#), [Johnson P](#), [Jomaa M](#), [Lannér L](#), [Nilsson CG](#), [Olsson J](#).

⊕ Author information

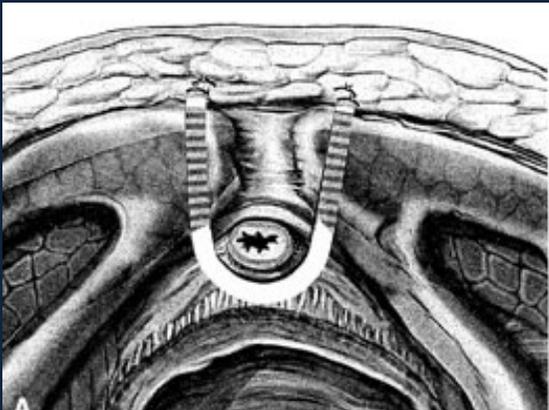
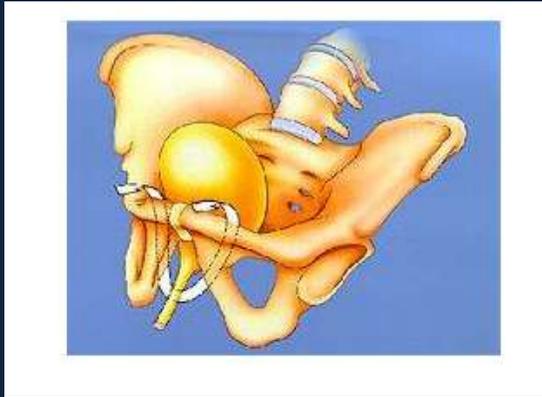
Abstract

The aim of the study was to evaluate the safety and efficacy of TVT (tension-free vaginal tape) for the surgical treatment of stress urinary incontinence. The design was a prospective open multicenter study including six centers, each operating an approximately 20 patients. In total 131 patients suffering from genuine stress incontinence were included. They were followed for at least 1 year using a specific protocol for objective and subjective evaluation of the outcome. All patients underwent the operation under local anesthesia. Mean operation time was 28 minutes (range 19-41 minutes); 119 (91%) of the patients were cured according to the protocol and another 9 (7%) were significantly improved. There were 3 (2%) failures. The majority of the patients (about 90%) were operated upon on a day-care basis, which implied that they were released from the hospital within 24 hours, with no postoperative catheterization. No defect healing and no tape rejection occurred. Three patients needed an indwelling catheter for 3 days. In 1 patient catheterization was necessary for more than 10 days. Two uncomplicated hematomas and one uncomplicated bladder perforation occurred. Based on the results, we conclude that TVT is a safe and effective ambulatory procedure for surgical treatment of genuine stress urinary incontinence.

Ulmsten U, Petros P: Intravaginal slingplasty (IVS): An ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol 29: 75, 1995

Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G: An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. Int Urogynecol 7: 81, 1996

TVT =
Tension Free
Vaginal Tape



TOT =
Tension Free
Obturator Tape



Quelle technique chirurgicale pour la cure d'IUE ?

- Les bandelettes sous urétrales (BSU)

- BSU vs colposuspension rétro pubienne abdominale

résultats comparables sur la continence (NP1).

BSU : durée opératoire < et coût < (NP1).

- BSU vs colposuspension rétropubienne laparoscopique

- *BSU : résultats objectifs légèrement >*

résultat subjectif est comparable (NP1)

BSU : Durée opératoire, durée d'hospitalisation et retour à une activité normale plus courtes

Quelles sont les indications et contre-indications des BSU?

- IUE isolée
 - *A utiliser en 1ère intention*

Grade B

- **IU mixte**

- *IU mixte avec une composante d'effort prédominante sans contraction non inhibée du détrusor sur le BUD résultats proches de l'IUE pure (NP3).*
- *IU mixte avec urgenturies prédominantes ou présence de contractions détrusoriennes sur la cystomanométrie sur le BUD réduisent les taux de succès de la BSU (NP3)*
- Urgenturie disparaît 5/10
 aggrave 1/10
 idem 4/10
Après 5 ans, dégradation fréquente des résultats fonctionnels par réapparition ou aggravation d'urgenturies (NP3)

- **Insuffisance sphinctérienne (IS) et hyper mobilité urétrale**
 - *L'IS évaluée sur le BUD n'est pas un élément pronostique déterminant du résultat (NP3)*
 - *La négativité des manœuvres de soutènement du col vésical et de l'urètre moyen (manœuvre d'Ulmsten) est un élément pronostique de l'échec de la pose de la BSU dans les urètres mobiles ++++ (NP4)*
 - *Résultats du TVT > TOT en cas d'IS (NP3).*
 - *L'IS n'est pas une CI à la BSU : **Grade B***

Faut-il faire une cystoscopie peropératoire?

- ❑ **systematique en cas de TVT** du fait du risque de perforation vésicale
- ❑ **Le plus souvent non fait dans les TOT**, du fait du risque bien moindre de perforation vésicale

Faut-il contrôler le résidu post mictionnel après l'intervention ?

- *Cela paraît raisonnable*
- *La patiente urine quelques heures après l'intervention puis une échographie est immédiatement réalisée pour estimer le résidu, l'objectif est de dépister rapidement les rétentions post opératoires qui justifient une ré intervention précoce....*

Quelle type d'anesthésie est recommandée ?

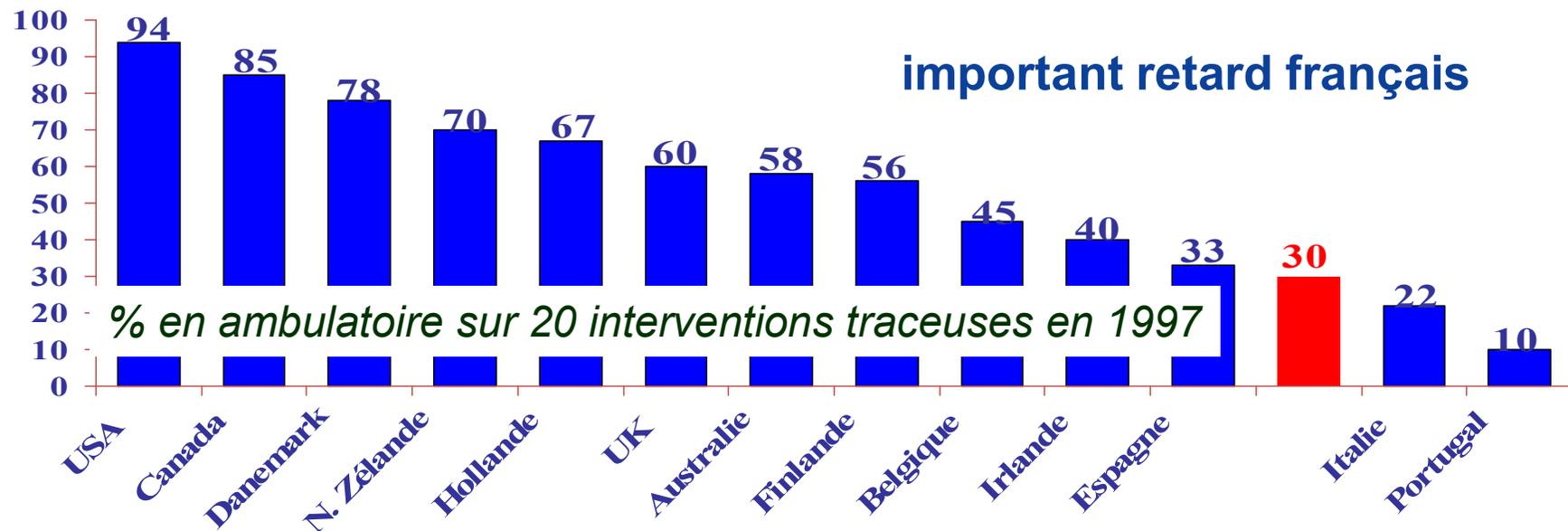
- *BSU peut être réalisée sous anesthésie locale, loco régionale ou générale (NP1)*
- *Le test peropératoire à la toux ne permet pas d'améliorer significativement les résultats de l'intervention (NP3).*

La BSU étant un matériel *non résorbable* les conditions d'asepsie sont très importantes

- Utiliser une bandelette qui est *protégée jusqu'à la pose par une enveloppe stérile* (ex bandelette TVT).
- Couverture de l'anus par un champ collant stérile.
- *Colporraphie méticuleuse* par exemple par des points séparés d'un fil résorbable mono brin.
- En post opératoire *ne pas toucher aux trois incisions dont l'incision vaginale pendant un mois.*

La pratique ambulatoire est-elle possible ?

- *La pose de BSU peut être réalisée en ambulatoire (NP3), sous réserve des précautions de suivi inhérentes à ce type de chirurgie.*
- *La procédure ambulatoire doit rester le choix de la patiente, après information éclairée, en dehors de toute considération économique ou organisationnelle. Grade C*



Quels matériaux utiliser ?

- *L'utilisation de BSU constituées exclusivement de **polypropylène monofilament tricoté** est recommandée à l'exclusion de tout autre matériau (NP1).*
- *Le minimum requis des obligations = **marquage CE** qui garantit une qualité de fabrication. Il ne présume en rien de son efficacité ni des éventuelles complications*
- *Il revient aux utilisateurs d'exiger du fabricant les critères de la **norme AFNOR S94-801**, garant de la réalisation d'études précliniques et cliniques avant commercialisation.*
- ***Nous utilisons la bandelette TVT originale pour réaliser le TOT, les aiguilles sont coupées et la bandelette TVT est solidarisée à une aiguille d'Emmet (aiguille à chas).***

- *La biocompatibilité du matériau ne doit pas faire oublier son caractère synthétique et la nécessité de respecter les règles d'asepsie propres à l'implantation d'une prothèse.*
- *En cas de complication, l'utilisateur doit en informer son pharmacien qui doit faire une déclaration à l'AFSSAPS.*
- *N'utiliser que des BSU respectant la norme: **AP***

Cochrane Database of systematic reviews 2010 J Ogah et al Minimally Invasive Synthetic Suburethral Sling Operations for stress urinary incontinence in women

- 62 études avec 7101 femmes
- ECR
- TVT et TOT versus méthode traditionnelles voie basse
 - efficacité subjective à 12 mois NS : 75% vs 71%
 - effets secondaires idem
- TVT et TOT versus laparotomie
 - efficacité subjective à 12 mois NS 79% vs 82%
 - effets secondaires « there were significantly more bladder perforations with minimally invasive synthetic suburethral sling operations 6% versus 1% »

- TVT et TOT versus coelio
 - efficacité subjective à 12 mois NS 80% vs 74%
 - effets secondaires NS mais peu nombreux une **complication vasculaire grave en coelioscopie**
- TVT versus TVT inversé
 - efficacité > par rapport au TVT inverse = SPARC 85 % vs 77%
 - TVT moins de complications
- TOT versus TOT inversé
 - efficacité et complications NS
- Monobrin versus multi brin
 - efficacité > si monobrin 83 vs 72% et complications idem

- TVT versus TOT

- Efficacité identique = 83%

- TOT

moins de perforations vésicales (0,4% vs 2,7 à 3,9%)

durée opératoire plus courte,

moins de dysurie,

moins d'hémorragies (1/2543 vs 0,7 à 1,9%)

moins de reprise (0,8 à 2,2% vs 1,6 à 2,4%)

plus de douleurs du pli inguinal (12% vs 1,7%)

□ 13 Traitement médicamenteux :

Mode d'action :

Vessie innervée par des nerfs parasymphathiques
Cholinergiques, l'ACH entraîne une contraction
du detrusor via des récepteurs muscariniques

Objectif = blocage de ces récepteurs

Effets II : sècheresse buccale

CI : glaucome, myasthénie, obstacle prostatique

Quelle est la molécule qui bloque les récepteurs
à acétylcholine de type muscarinique ?



Mandragore

Atropine



**Belladone, cerise du diable,
Belle dame, Morelle furieuse**

Atropa belladonna

**Mydriase, Hallucination, Hyperthermie,
Relâchement vésical, Tachycardie,
Sècheresse buccale**

	Ditropan	Ceris	Vesicare
DCI	Oxybutynine	Chlorure de trospium	Solifenacine
Cpmé	5 mg	20 mg	5 et 10 mg
Prise	-	En dehors des repas	Quelquesoit l'heure
Posologie	2,5 x 3	20 mg x 2	5 x 1 ou 10 x 1
Effets II	Anticholinergiques		

- ❑ Cure de deux à trois mois

- ❑ Pré requis :

- Echographie pas de résidu post mictionnel
- ECBU négative

- ❑ Down et Up regulation

Detrusor hyper actif

Première Intention : - Anticholinergiques :
Ditropan, Driptane
- Parasympatholytiques
Oxybutinine, Tolterodine

Deuxième intention : Instillations vésicales

Troisième intention : Stimulateur

INCONTINENCE
URINAIRE
DE
LA FEMME

IUE

REEDUCATION
PERINEALE
REGLES DIETETIQUES

SUCCES

ECHEC

REDUCATION
D ENTRETIEN

BUD

CHIRURGIE

IUU

REEDUCATION
PERINEALE
REGLES DIETETIQUES
ANTICHOLINERGIQUES

SUCCES

ECHEC

TRAITEMENT
D ENTRETIEN
(HOME CARE)

BUD

NEURO MODULATION

VII. Conclusion

➤ Prévention + +

- Obésité
- Tabagisme
- Efforts de poussée
- Connaissance du périnée
- Muscler son périnée
- Préserver son périnée :
césarienne de protection
périnéale ...

➤ Rester vigilant sur la gène occasionnée , ne pas sur traiter ++

- Port de protection ?

- Vie sexuelle ?

- Vie sociale ?

- Vie sportive ?

On ne soigne pas un BUD

➤ Différencier IUE / IUU

Possibilité d'amélioration de l'un
et d'aggravation de l'autre

Traitements très différents ...

Informez la patiente ++

➤ Faire connaître le TOT

Efficacité dans IUE et IU mixte

Simplicité

Révolution chirurgicale

Rapidité

Dédramatiser la chirurgie

Merci pour votre attention

olivier.dupuis@chu-lyon.fr

<https://www.professeurolivier.fr>