

> Facteurs prédictifs de l'équilibre mictionnel après chirurgie pour incontinence urinaire

*Philippe Ballanger
Hôpital Pellegrin,
Bordeaux*

Il est habituel de dire que l'équilibre mictionnel se trouve modifié après la chirurgie pour incontinence urinaire, quelle qu'en soit la technique. L'élément d'obstruction généré par cette chirurgie est à l'origine de ces perturbations. Pour certains, c'est même le mécanisme par lequel la chirurgie agit pour rétablir la continence. Les conséquences sur la qualité de vie des femmes après la chirurgie est une dimension sur laquelle beaucoup d'auteurs sont à l'heure actuelle sensibilisés. Le but de la chirurgie n'est-il pas d'empêcher la fuite, tout en respectant le confort mictionnel et en garantissant une stabilité du résultat dans le temps ?

EQUILIBRE MICTIONNEL ET TYPE DE CHIRURGIE

La recherche de facteurs prédictifs basée sur l'analyse des données du bilan urodynamique pré-opératoire a fait l'objet de travaux devenus classiques (1, 2) : les femmes urinant par poussées abdominales et/ou sans contraction de leur détrusor, sont des femmes à risques vis-à-vis des effets iatrogènes de la chirurgie pour incontinence urinaire. C'est parmi ces femmes que l'on retrouve des difficultés parfois prolongées à la reprise de mictions efficaces, voire la persistance d'une dysurie ou d'un résidu post-mictionnel.

Kobak et coll. (3), dans un travail récent, ont remis en cause ces critères. Pour ces auteurs, c'est principalement le type de chirurgie réalisé qui conditionne la date de la reprise mictionnelle ainsi que la qualité et la facilité de la vidange vésicale en postopératoire.

Ils ont comparé trois techniques : la colporraphie antérieure, la colposuspension rétropubienne de type Burch et la bandelette aponévrotique sous-cervicale, en les corrélant aux lésions cliniques associées et aux résultats du bilan urodynamique pré-opératoire. Les éléments de ce bilan urodynamique comportaient une profilométrie, une cystométrie avec tests de provocation, une évaluation de la pression de fuite (VLPP), une débitmétrie ainsi qu'une étude pression/débit. 101 patientes sont évaluables, réparties en 43 Burch, 24 plicatures sous-urétrales et 34 bandelettes : la reprise des mictions efficaces est plus longue après bandelette qu'après Burch et plicature sous-urétrale. La différence est statistiquement significative, avec des délais moyens respectivement de 19,1 jours (3 à 80), 7,1 jours (2 à 28) et 9,5 jours (10 à 30).

De l'analyse multi-variée effectuée pour identifier les facteurs potentiellement impliqués dans les délais de la reprise mictionnelle pour chaque type de chirurgie, il apparaît que ce sont :

- pour le Burch : les procédures chirurgicales antérieures ou concomitantes ;
- pour les bandelettes : l'infection et l'association à la réparation d'un élément de prolapsus postérieur ;
- pour les plicatures : aucun facteur significatif n'est retrouvé en dehors d'un premier besoin retardé.

Ces résultats sont, malgré tout, à prendre en compte avec prudence et réserve. En effet, l'échantillon des patientes est très disparate, comportant des lésions de prolapsus fréquentes et diverses, 18 d'entre elles ne présentant qu'une incontinence potentielle. En fonction de ces caractéristiques, les indications quant au choix de la technique à employer n'ont bien sûr pas été

randomisées, mais adaptées au programme de réparation défini d'après le bilan des lésions. La colporraphie antérieure a été réservée aux cas de cystocèles et d'hypermobilité urétrale sans incontinence ; les bandelettes ont été associées à la réparation d'un prolapsus vaginal significatif par suspension du dôme, qu'il y ait ou non une incontinence urinaire associée, et le Burch a été indiqué en cas d'incontinence urinaire à l'effort avec laxité moyenne à modérée de la paroi vaginale antérieure associée ou non à un prolapsus vaginal modéré.

Chacun de ces éléments de la réparation chirurgicale globale peut être impliqué dans la qualité de l'équilibre mictionnel post-opératoire et il apparaît donc hasardeux de limiter l'analyse aux conséquences du geste portant sur le col vésical.

Si la méthodologie de cette étude paraît donc discutable, on retiendra cependant la mise en cause habituelle du principe de la bandelette considérée plus dysuriant que les autres techniques, bien que l'incidence dans la littérature soit assez variable.

BANDELETTE ET CONTRÔLE URODYNAMIQUE

La technique de la bandelette jouit dans la littérature actuelle d'un grand capital de confiance, tant en ce qui concerne son efficacité dans la correction de la continence que sa fiabilité dans le temps. Ces indications, d'abord réservées aux incontinenances de type 3 avec insuffisance sphinctérienne majeure, ont progressivement été étendues aux incontinenances de type 2 avec objectif de corriger le défaut anatomique responsable de l'incontinence urinaire à l'effort. Pour beaucoup, la bandelette est devenue la technique de référence dans le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire quel qu'en soit le type. Reste qu'il existe de nombreuses variantes et qu'il serait souhaitable d'en standardiser la technique pour en améliorer la reproductibilité et en diminuer la morbidité.

C'est un des objectifs du papier de Kuo (4), qui a comparé les résultats en vidéo-

urodynamique de deux types de bandelettes : aponévrotiques versus synthétiques (polypropylène).

La casuistique porte sur 50 patientes randomisées, 24 ayant bénéficié d'une bandelette aponévrotique et 26 d'une bandelette en polypropylène. Le type d'incontinence a été défini par la mesure du VLPP avec, dans le groupe bandelettes aponévrotiques, 14 types 2, 7 types 3 et 3 mixtes, et dans le groupe polypropylène, 16 types 2, 5 types 3 et 5 mixtes. Le suivi a porté sur une période de deux ans.

Les résultats en terme de continence sont très favorables : 95,8 % de succès pour les bandelettes aponévrotiques et 100 % pour les bandelettes synthétiques.

Un contrôle vidéo-urodynamique entre 7 et 14 jours et 3 à 6 mois post-opératoires a permis d'évaluer l'équilibre mictionnel des patientes et de le comparer aux données pré-opératoires enregistrées selon la même méthodologie. Les seules anomalies enregistrées sont une légère diminution non significative du débit mictionnel et une augmentation discrète du temps d'ouverture du col vésical dans les deux groupes lors du contrôle urodynamique initial. Au contrôle à 3 mois, ces anomalies sont résolues et il n'y a pas de modification des autres paramètres par rapport aux données pré-opératoires : le débit maximum n'est pas altéré, la capacité vésicale n'est pas modifiée et la pression détrusorienne n'est pas augmentée, éliminant tout risque d'obstruction. Il n'y a pas de différence entre les deux types de matériaux utilisés.

Au niveau des complications, une rétention persistante à 3 mois après bandelette aponévrotique est retrouvée. La section d'un côté de la bandelette a permis le rétablissement des mictions avec la persistance d'une discrète incontinence urinaire à l'effort. Pas de complication de cette nature dans le groupe des bandelettes synthétiques. Dans ce groupe, une patiente avec incontinence urinaire de type 3 n'a pas été guérie après une première procédure et gardait une incompétence urétrale. Une deuxième bandelette placée plus distalement a permis de régler le problème un mois plus tard. Il n'y a pas eu d'érosion urétrale et une

patiente a présenté une érosion vaginale à 1 an, qui a pu être recouverte.

Cette série apporte donc des résultats très favorables de la technique de la bandelette quelle qu'en soit la nature. L'absence de modification de l'équilibre mictionnel basée sur des données objectives est tout à fait remarquable et rassure quant aux risques d'obstruction souvent redoutés avec cette technique.

L'auteur, à ce sujet, insiste sur quelques points techniques.

- Fixation de la bandelette au fascia endopelvien de part et d'autre du col vésical avant de la fixer latéralement au ligament de Cooper, ce qui autorise un effet de hamac responsable d'une augmentation de la résistance urétrale en cas d'augmentation de la pression intravésicale.

- Absence de tension de la bandelette, le but étant

le repositionnement du col. Les contrôles vidéo-urodynamiques postopératoires montrent une élévation du col vésical lors d'un effort de toux objectivant ainsi la persistance d'un certain degré de mobilité du col vésical devenu, grâce à la bandelette, solide du fascia et du releveur.

- Dissection de l'épithélium vaginal du fascia endopelvien ; c'est dans cet espace qu'il faut glisser la bandelette, le fascia agissant comme un tampon et protégeant l'urètre des risques d'érosion et d'obstruction.

Cet article est également un plaidoyer à la gloire des bandelettes synthétiques qui font aussi bien, voire mieux, que les bandelettes aponévrotiques, sans complications spécifiques et sans augmentation de la morbidité.

Ces résultats sont spectaculaires, voire impressionnants. Ils sont à comparer sur le plan clinique à ceux de deux séries françaises de bandelettes aponévrotiques sous-cervicales utilisant la même technique. Beurton (1), sur 32 patientes opérées avec un recul de 32 mois (12 à 70), enregistre 69 % de femmes avec un résultat parfait (sans fuite, ni dysurie, ni impériosité), 19 % avec un résultat moyen (sans fuite mais dysuriques et/ou impérieuses) et 12 % d'échec. Pour Chartier-Kastler (5), sur 14 femmes présentant une IUE avec insuffisance sphinctérienne, 85,7 % sont sèches avec un recul de 13 mois.

CONCLUSION

Ces quelques articles récents montrent que l'évaluation des techniques visant à corriger l'incontinence urinaire est toujours difficile et les résultats publiés bien disparates. Seule une recherche clinique mieux standardisée sur des objectifs précis permettra de mieux répondre à cette attente.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Beurton D, Fontaine E, Grall J et al. L'uréthro-cervico-cystopexie par colposuspension aponévrotique : une technique originale dans le traitement de l'incontinence d'urine à l'effort. A propos de 32 cas revus à long terme. Prog Urol 1993 ; 3 : 216-27.
- (2) Bergman A, Bhatia NN. Uroflowmetry for predicting postoperative voiding difficulties in women with stress urinary incontinence. Br J Obstet Gynaecol 1985 ; 92 : 835-38.
- (3) Kobak WH. Determinants of voiding after three types of incontinence surgery : a multi-variable analysis. Obstet Gynecol 2001 ; 97 : 86-91.
- (4) Kuo HC. Comparison of video urodyna-

mic results after the pubovaginal sling procedure using rectus fascia and polypropylene mesh for stress urinary incontinence. Uro 2001 ; 165 : 163-68.

- (5) Chartier-Kastler E, Ansquer Y, Richard F et al. Bandelette sous-urétrale dans l'incontinence urinaire d'effort avec insuffisance sphinctérienne chez la femme. Séminaires d'uro-néphrologie, C. Chatelain et C. Jacobs, Masson, Paris, 1995 ; 21 : 227-37.

- (6) Bhatia NN, Bergman A, Karram M. Changes in urethral resistance after surgery for stress urinary incontinence. Urology 1989 ; 34 : 200-4.