



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



INCONTINENCE URINAIRE

Incontinence urinaire et prolapsus génital

Urinary incontinence and genital prolapse

B. Fatton^{a,*}, C. Nadeau^b

^a CHU Clermont-Ferrand, Service de gynécologie-obstétrique, boulevard Léon-Malfreyt, 67000 Clermont-Ferrand, France.

^b CHU Poitiers, Service de gynécologie-obstétrique, rue de la Milétrie, 86000 Poitiers, France.

MOTS CLÉS

Prolapsus ;
Incontinence urinaire ;
Incontinence masquée ;
Bilan urodynamique.

KEYWORDS

Prolapse ;
Urinary incontinence ;
Occult stress incontinence ;
Urodynamic study.

Résumé

Le prolapsus est fréquemment associé à des troubles fonctionnels urinaires. L'incontinence urinaire d'effort symptomatique est plutôt associée aux prolapsus modérés tandis que les prolapsus plus importants sont plus souvent associés à des phénomènes obstructifs. L'existence de fuites urinaires après réduction du prolapsus chez des patientes ne décrivant pas d'IUE est associée à un risque majoré d'incontinence urinaire postopératoire et identifie clairement une population à risque. Il n'est pas démontré à ce jour que le bilan urodynamique soit supérieur à l'examen clinique seul pour prédire la nécessité d'un geste urinaire dans le même temps que la chirurgie du prolapsus. La réalisation systématique d'une colposuspension selon Burch au décours d'une colposacropexie réduit significativement le risque d'IUE postopératoire. Chez les femmes présentant une IUE masquée, l'association d'un TVT à la chirurgie du prolapsus par voie vaginale réduit significativement le taux d'IUE postopératoire. En l'absence d'IUE masquée, il n'y a pas d'indication à réaliser un TVT au cours d'une chirurgie de prolapsus par voie vaginale. © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Prolapse commonly coexists with lower urinary tract dysfunction. If symptomatic stress urinary incontinence is often described by patients with low stage pelvic organ prolapse, obstructive symptoms are common in patients with stage 3 or 4 prolapse. Positive preoperative reduction testing in stress continent women planning prolapse repair is associated with a higher risk for postoperative leakage and clearly identify a high risk population. To date it has not been proven that urodynamic testing may provide more precise data than physical examination to advocate an additional stress urinary surgery at the time of prolapse repair.

A systematic prophylactic Burch colposuspension significantly reduces the risk of postoperative SUI. In patients with occult SUI, a concomitant TVT at the time of vaginal prolapse surgery significantly reduces the risk of postoperative SUI. In patients without leakage during reduction testing, there is no evidence for performing a concurrent TVT.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
bfatton@chu-clermontferrand.fr

Les définitions

Incontinence urinaire d'effort patente ou avérée

Elle définit une fuite clinique survenant à la toux ou au valsalva, en l'absence de toutes manœuvres de réduction du prolapsus.

Incontinence urinaire d'effort masquée

Elle définit une fuite clinique qui survient, au décours d'un effort de toux ou d'une manœuvre de valsalva (et en l'absence de toute contraction du détrusor), après reflux du prolapsus chez une patiente qui ne se plaint d'aucune incontinence dans les situations normales de vie. Cette définition, conventionnellement adoptée par tous aujourd'hui, n'a cependant jamais donné lieu à une véritable standardisation ce qui explique à la fois certaines fluctuations dans les critères de diagnostic au fil du temps et la variabilité des taux rapportés. Chez les Anglo-Saxons, « occult », « masked », « potential », « latent », « iatrogenic » incontinence désigne la même entité clinique. L'IUE masquée est un diagnostic établi par l'examen clinique et selon ces seuls critères on retrouve une incidence estimée dans la littérature entre 36 % et 80 % [1-5]. Il y a quelques décennies, certains auteurs avaient suggéré de prendre en compte d'autres paramètres notamment urodynamiques, comme la pression de clôture [6-7] ou le ratio de transmission des pressions [8-10], ce qui explique les grandes variations dans les résultats publiés. Même en ne considérant qu'une définition purement « clinique », les chiffres d'incidence rapportés sont très fluctuants témoignant de l'impact majeur des méthodes de réduction dans le diagnostic de l'IUE masquée. Nous développerons ce point spécifique plus loin.

Examen clinique, symptômes urinaires et prolapsus

Quelles sont les spécificités de l'examen clinique et de l'interrogatoire ?

Nous avons choisi de reformuler cette question par : « est-ce que l'incontinence urinaire de la femme se présente cliniquement différemment lorsqu'elle est associée à un prolapsus ? »

Il n'existe pas, à ce jour, de travaux comparant les signes cliniques des femmes incontinentes selon qu'elles aient ou non un prolapsus. On ne peut donc pas répondre directement à la question d'une quelconque spécificité des signes cliniques en cas de prolapsus associé. Le prolapsus est une pathologie très hétérogène, puisque l'on regroupe fréquemment sous ce terme des prolapsus de toute nature (variabilité des compartiments concernés pour un même stade, prolapsus extériorisés ou non, symptomatiques ou non et à des degrés divers). Il est donc très difficile de recueillir des données homogènes.

La question de l'incontinence urinaire d'effort, fréquemment associée au prolapsus et de ses différentes expressions cliniques, sera abordée plus loin.

Le prolapsus est responsable, par lui-même, de symptômes urinaires (pollakiurie, urgenterie, miction par poussée, gouttes terminales) qui ne sont pas toujours corrélés au degré d'extériorisation du prolapsus ni au compartiment prolabé. Ceci est retrouvé de façon concordante dans plusieurs travaux observationnels, rétrospectifs ou prospectifs, portant sur plusieurs centaines de patientes [11-15].

Ces symptômes peuvent être une urgenterie qui peut être associée à une incontinence par urgenterie. L'urgenterie pourrait être due au phénomène herniaire lui-même puisque deux travaux observationnels prospectifs concordants, regroupant au total 158 femmes ayant des prolapsus de stade 2 à 4 selon le système POP-Q, retrouvent une diminution des symptômes d'urgenterie et des fuites par urgenterie 1 an après chirurgie correctrice du prolapsus dans environ 75 % des cas [15-17]. Un autre travail prospectif observationnel étudiant l'évolution des troubles urinaires après correction du prolapsus par mise en place d'un pessaire rapporte, à 2 mois sur 73 femmes présentant un prolapsus de stade 2 à 4 de Baden Walker, des variations de symptômes montrant dans la moitié des cas une amélioration d'une incontinence urinaire d'effort, d'une incontinence par impériosités, des troubles obstructifs mictionnels, mais aussi moins fréquemment, l'apparition *de novo* de ces troubles (dans respectivement 21 %, 6 % et 4 % des cas) [18] (Tableau 1). Fernando *et al.* [19] retrouvent aussi que la réduction du prolapsus par pessaire peut améliorer une incontinence urinaire par urgenterie de façon significative.

Il peut aussi exister des troubles mictionnels obstructifs qui sont surtout associés aux stades avancés (extériorisés) de prolapsus [11-12].

L'incontinence urinaire d'effort symptomatique est plutôt associée aux prolapsus modérés tandis que les prolapsus plus importants sont plutôt associés à des phénomènes obstructifs [12-15] (NP2).

Le prolapsus génital peut s'accompagner de signes urinaires à type d'urgenterie ou d'obstruction qui disparaissent dans la moitié des cas quand le prolapsus est corrigé (NP1).

En quoi le prolapsus modifie-t-il l'examen clinique ?

L'association prolapsus et incontinence urinaire est fréquente, les deux pathologies ayant des mécanismes physiopathologiques communs. Néanmoins cette association est inhabituelle en cas de prolapsus de degrés 3 et 4. En effet, il existe fréquemment, chez ces patientes, des facteurs mécaniques qui empêchent cette incontinence de se révéler. Deux mécanismes sont en cause dans l'incontinence masquée :

- *la compression urétrale* extrinsèque due aux organes prolabés : une ptose utérine importante ou un volumineux prolapsus postérieur peuvent ainsi protéger contre la fuite. Cette compression peut être facilement « levée » par une valve de spéculum empêchant la protrusion de la paroi vaginale postérieure ou maintenant l'utérus en situation anatomique normale ;

- *la coudure de l'urètre* sous l'effet du déroulement de la paroi vaginale antérieure, le classique effet « kinking » des Anglo-Saxons. La réduction de la cystocèle, parfois malcommode, suffit à lever l'obstacle.

Si l'incontinence masquée est une entité clinique bien connue des chirurgiens, l'ICS n'a jamais publié de critères

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273631>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273631>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)