

PRATIQUES ET TENDANCES

Bandelettes sous-urétrales et incontinence urinaire d'effort

Suburethral sling procedures for stress urinary incontinence

F. Sergent^{a,*}, G. Gay-Crosier^{a,b}, L. Marpeau^{a,b}

^a Clinique gynécologique et obstétricale, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen, France

^b Université de Rouen, 22, boulevard Gambetta, 76183 Rouen, France

Reçu le 15 janvier 2009 ; accepté le 21 février 2009

Résumé

La prise en charge chirurgicale de l'incontinence urinaire féminine a évolué ces dernières années. Les techniques de colposuspension ont cédé la place aux bandelettes sous-urétrales, initialement rétropubiennes avec le TVT, qui recréent un plan de soutien entre l'urètre et la paroi vaginale antérieure. Néanmoins à long terme, avec des taux de guérison au-delà de cinq ans de 69 % à 88 %, la colposuspension est restée la référence (niveau de preuve scientifique élevé). Les résultats du TVT paraissent proches mais reposent essentiellement sur des études observationnelles (faible niveau de preuve scientifique), avec un suivi le plus souvent à court terme. Plus récente la bandelette sous urétrale transobturatrice (TOT) a été introduite pour réduire les complications du TVT. Il est donc difficile de se faire actuellement une idée objective de l'efficacité du TOT par rapport au TVT, même si les premières impressions vis-à-vis du TOT sont plutôt favorables. D'autant que la technique du TOT elle-même et les biomatériaux utilisés ont continué à évoluer. En fait, si les complications des deux types de bandelette sous urétrales sont différentes : perforation vésicale pour le TVT, érosion prothétique pour le TOT, par contre leurs indications pourraient à l'avenir être différentes. Ainsi le TVT paraît plus efficace en cas d'insuffisance sphinctérienne à urètre mobile. © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The rationale of the surgical treatment of female stress urinary incontinence has changed over the past few years. The techniques of colposuspension have been replaced by the suburethral slings, retropubic initially with the TVT, recreating a backboard between the urethra and the vaginal anterior wall. Nevertheless with overall cure rates of 69% to 88%, in periods beyond 5 years, the colposuspension still remains the reference (high-grade scientific evidence). Based on observational studies (low quality scientific evidence), with generally a short follow-up, the results of the TVT appear similar. More recently, the suburethral transobturator tape (TOT) was introduced to reduce the complications of the TVT. It is thus difficult to currently have an objective idea of the effectiveness of the TOT compared to the TVT, even if the first impressions, with respect to the TOT, are rather favourable. Furthermore the TOT technique itself and the biomaterials used, have continued to evolve. In fact, if the complications of these two kinds of suburethral slings are different: bladder perforation for the TVT, prosthetic erosion for the TOT, in contrast, in the future, their indications could be different. Therefore the TVT appears more effective in presence of intrinsic sphincter deficiency with urethral hypermobility. © 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Colpopexie rétropubienne ; Essai comparative randomisé ; Incontinence urinaire d'effort ; TOT ; TVT

Keywords: Randomized controlled trial; Retropubic colposuspension; Stress urinary incontinence; TOT; TVT

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fabrice.sergent@chu-rouen.fr (F. Sergent).

I. INTRODUCTION

En 1996 les bandelettes sous-urétrales (BSU), avec le *tension-free vaginal tape* (TVT), sont apparues dans la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort (IUE). Le concept découle de la théorie de Delancey qui fait du fascia uréthro-vaginal un élément majeur de la continence urinaire, précisément en regard du tiers moyen de l'urètre selon Ulmsten et Petros. C'est le défaut d'épaulement de l'urètre par ce même fascia lors des efforts de poussée qui génère les fuites d'urine. D'où l'idée du renforcement du fascia défailant par une bandelette synthétique. Par rapport à la colposuspension de Burch, intervention la plus souvent pratiquée jusqu'alors, les avantages de cette nouvelle procédure mini-invasive étaient évidents : réalisation facile et rapide, sans laparotomie, possible sous anesthésie locale, en ambulatoire avec un temps de convalescence limité et au final un moindre coût pour la collectivité [1].

De tels arguments relayés par un excellent marketing de la part du laboratoire diffusant le biomatériel ont conduit au succès du TVT que l'on connaît, soit un total de 80 000 TVT posés en France à la fin de l'année 2001 après une commercialisation débutée tout juste quatre années auparavant (données Gynecare).

Afin de minimiser le risque de perforation viscérale, principalement au niveau vésical, Emmanuel Delorme [2] a proposé à partir de 2001 un positionnement sous lévathorien de la BSU dans un trajet non plus rétropubien mais transobturateur au moyen d'une aiguille passée, à la partie inféro-interne du trou obturateur, de l'extérieur vers l'intérieur. Le transobturateur tape (TOT) était né. Pour diminuer plus encore le risque de lésion vésicale et urétrale, en 2003 Jean de Leval [3] a orienté, avec le TVT *inside-out* (TVT-O), le passage de l'aiguille du dedans vers le dehors. La communauté médicale a semble-t-il été sensible à ces arguments, puisqu'il se posait en moyenne en 2005 en France, un TVT rétropubien pour trois TVT transobturateurs.

Dans ce contexte, il n'est pas chose facile de remettre en cause la suprématie actuelle du TOT ou de ses déclinaisons. À première vue l'affaire semble entendue pour une majorité d'entre nous. Toutefois cette évolution de nos pratiques thérapeutiques est-elle justifiée au regard d'une analyse raisonnée de la littérature ou bien s'agit-il une fois de plus d'un effet de mode ? Aussi il nous semble que certains arguments méritent d'être développés pour ne pas enterrer trop rapidement le TVT. C'est là tout l'objectif de notre réflexion.

2. LA COLPOSUSPENSION RESTE LA RÉFÉRENCE PAR RAPPORT AU TVT

Les interventions chirurgicales concernant l'IUE féminine sont nombreuses. Plus de 200 techniques ont été décrites à ce jour. Chaque promoteur a toujours su vanter les avantages de sa technique, un peu moins ses inconvénients. Aujourd'hui cela concerne aussi les BSU. Quelle méthode retenir ? L'*evidence-based medicine* (EBM) peut nous aider à y voir plus clair. En termes d'efficacité à long terme, et c'est bien ce qui importe ici

(on n'opère pas une patiente pour un résultat fugace), la colposuspension rétropubienne par laparotomie demeure l'intervention de référence de l'IUE féminine. La méta-analyse Cochrane de 2005, regroupant 39 essais comparatifs randomisés et totalisant pas moins de 3301 femmes, rapporte pour la colposuspension des taux de guérison au-delà de cinq ans élevés, de 69 à 88 % [4]. Aucune autre technique n'est capable de soutenir la comparaison, pas même le TVT, bien que les publications le concernant soient nombreuses : plus de 700 articles référencés dans la base de données bibliographiques PubMed avec le mot clé TVT ! Il est d'ailleurs intéressant de mettre en parallèle la large diffusion du TVT et le faible nombre d'études valables sur le plan méthodologique, le comparant à la colpocystopexie rétropubienne. Certes, il existe bien deux méta-analyses d'essais comparatifs randomisés entre colposuspension et TVT qui concluent à la supériorité du TVT [5,6]. Cependant, dans ces deux méta-analyses qui reposent sur 12 essais, dont une majorité d'essais en commun, le recul maximum est de 24 mois avec pour certains essais un niveau d'évidence faible. De plus, le poids de certaines séries est prépondérant dans le résultat final des dites méta-analyses. Par exemple, il est de 53 % pour l'étude de Ward et Hilton [7] qui met un *odd ratio* (OR) à 0,6 en faveur du TVT (intervalle de confiance [IC] 95 % : 0,39–0,92). Mais la même équipe en poursuivant son étude à cinq ans, ne retrouve plus de différence entre colposuspension et TVT ! [8]. Plus encore, une des deux méta-analyses compare la colposuspension coelioscopique au TVT, l'autre confond indifféremment la colposuspension par laparotomie et par coelioscopie. Pourtant il n'y a pas si longtemps, la colposuspension ouverte était jugée plus efficace que la colposuspension coelioscopique [9].

Néanmoins l'étude suédoise de Nilsson et al. [10] concernant la cohorte historique des 90 femmes avec un TVT posé entre janvier 1995 et octobre 1996 annonce plus de 11 années après la mise en place de la BSU, des taux de continence objective de 90 % (tests à la toux et à la couche négatifs) et de continence subjective de 77 %. Mais il s'agit d'une simple étude observationnelle, donc non comparative. Elle comporte aussi 23 % de perdues de vue et parmi les sujets disponibles, 11 % étaient dans l'incapacité d'être évalués. D'autres études observationnelles sur le TVT, avec les mêmes critiques méthodologiques, arrivent aux mêmes conclusions [11].

Au final, il existe une présomption forte en faveur de l'efficacité du TVT à long terme. Il faut maintenant des essais comparatifs, prospectifs, randomisés sur du long terme pour dépasser le simple stade de la conviction et démontrer scientifiquement que le TVT est aussi efficace que la colposuspension rétropubienne.

3. LE TOT, UNE TECHNIQUE TRÈS RÉCENTE

L'orientation de la BSU dans le TVT et le TOT étant différente, on peut concevoir que les résultats des deux techniques peuvent ne pas être tout à fait identiques. Ceux attestant de l'efficacité du TVT à long terme commencent seulement à apparaître, nous venons de le voir. Le TOT n'en est

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948092>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948092>

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