

DÉBAT

Cure chirurgicale des cystocèles voie basse et incontinence urinaire d'effort : pour une chirurgie en deux temps

Transvaginal cystocele repair and stress urinary incontinence: For a delayed surgery

F. Sergent*, V. Equy, P. Rosier, P. Hoffmann

Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Grenoble, université Joseph-Fourier Grenoble-I, BP 217, 38043 Grenoble cedex 09, France

Disponible sur Internet le 15 septembre 2011

Mots clés : Bandelette sous-urétrale ; Chirurgie différée ; Incontinence urinaire d'effort ; Prolapsus

Keywords : Delayed surgery ; Prolapse ; Suburethral tape ; Stress urinary incontinence

I. INTRODUCTION

L'association cystocèle et incontinence urinaire d'effort (IUE) est fréquente. En effet, dans les troubles de la statique pelvienne, cette situation se rencontre près d'une fois sur deux [1]. Lorsqu'une solution chirurgicale est retenue, il est tentant et certainement plus élégant de vouloir résoudre ces deux événements en un seul temps. Bien que leur origine relève du même mécanisme, à savoir l'insuffisance des structures de soutien et de cohésion des organes pelviens, selon le concept de la théorie intégrale chère à Papa Petros [2], les techniques chirurgicales modernes de réparation de la cystocèle et de l'IUE sont pourtant différentes. Pour pouvoir se positionner vis-à-vis d'une chirurgie en un ou en deux temps, il s'agira donc de savoir si la cure du prolapsus est capable de prendre en charge seule les deux pathologies : auquel cas y associer de principe une chirurgie spécifique de l'IUE n'a plus de sens. Au-delà de la justification à réaliser de façon concomitante ces deux gestes (que nous discuterons), il s'agira aussi de connaître le degré de morbidité d'une chirurgie anti-incontinence systématique, surtout quand celle-ci est pratiquée de façon purement

préventive en dehors même de l'existence d'une incontinence préopératoire.

De quelles données disposons-nous actuellement pour répondre à ces interrogations ?

2. CONSIDÉRATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Deux situations par rapport à l'IUE méritent d'être distinguées. Premier cas de figure, la cystocèle s'accompagne d'une IUE cliniquement avérée et qui handicape clairement la patiente. Auquel cas la plainte principale de la patiente peut être représentée par l'IUE. L'essai randomisé multicentrique de Borstad et al. [3] apporte un argument formel en faveur de la chirurgie concomitante du prolapsus et de l'IUE. Dans le cadre de la prise en charge chirurgicale d'un prolapsus avec une IUE avérée, les auteurs ont comparé 87 cures de prolapsus associées à un TVT à 94 cures de prolapsus sans TVT. À trois mois de la chirurgie, seules 27 % des patientes dans le groupe cure de prolapsus sans TVT étaient guéries de leur IUE.

Pour autant, même en cas d'échec objectif de la cure d'IUE, il existe une amélioration qui parfois suffit à satisfaire les patientes. Cependant, est-ce que ces dernières se contentent purement et simplement d'un état qui leur évite une nouvelle chirurgie être finalement vraiment satisfaites ? Cette possibilité est loin d'être exclue. Si tel devait être le cas, alors la prise en

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fsergent@chu-grenoble.fr (F. Sergent).

charge de l'IUE ne devrait certainement pas être négligée au moment de la cure du prolapsus ; reste à savoir comment la réaliser.

Second cas de figure, celui d'une patiente avec une indication de cure de prolapsus mais qui ne se plaint pas d'IUE. Le risque théorique d'IUE de novo est estimé entre 11 et 20 % [4,5]. Une méta-analyse Cochrane récente [6] à partir de sept essais n'a pas montré d'efficacité en termes de réduction significative de l'IUE postopératoire de novo en cas de geste spécifique anti-incontinence lors de la chirurgie du prolapsus (Risque Relatif = 1,39 ; IC 95 % 0,53–3,70).

Aussi est-il légitime de se poser la question de l'utilité de la cure préventive de l'IUE eu égard à la morbidité possible du geste. En revanche, si la cystocèle est associée à une IUE occulte, ce qui signifie qu'il n'existe pas de plainte de la patiente vis-à-vis de l'IUE, mais que la correction de celle-ci peut démasquer le handicap, le risque d'IUE de novo peut alors atteindre des taux proches de 80 % [7,8]. Dès lors, il devient évident qu'il faut faire quelque chose pour prévenir cette situation attendue.

3. DONNÉES DE LA CHIRURGIE ABDOMINALE

Au cours de la dernière décennie, l'étude de Brubaker et al. [9] s'appuyant sur les données de l'essai prospectif randomisé *colpopexy and urinary reduction efforts* (CARE) a sans doute représenté la référence pour ce qui concernait la prévention de l'IUE de novo lors de la chirurgie des prolapsus par voie abdominale. À propos de 322 patientes et avec trois mois de recul, elle montrait un bénéfice significatif à associer une colpocystopexie indirecte selon Burch à la sacrocolpopexie promontoriaire pour prévenir la survenue d'une IUE, sans pour autant augmenter le risque de troubles mictionnels obstructifs ou irritatifs voire même en les améliorant : 23,8 % d'IUE de novo dans le groupe Burch versus 44,1 % dans le groupe contrôle ($p = 0,001$) [9]. À deux ans avec 302 patientes, les résultats étaient superposables [10]. Dans cette étude, il faut aussi comprendre que 23,8 % des patientes continentales en préopératoire et qui ont eu un Burch prophylactique, ont tout de même développé au final une IUE de novo. Cela relativise l'intérêt d'un geste anti-incontinence préventif, surtout si celui-ci s'accompagne encore une fois d'une certaine morbidité. Il est vrai que dans l'étude CARE, l'évaluation de l'impact du Burch sur la statique pelvienne ne retrouvait pas d'effet délétère, en particulier celui classiquement admis de décompensation de l'étage postérieur ; toutefois le recul était sans doute trop court pour pouvoir l'apprécier [11].

Les résultats de l'étude CARE étaient cependant en désaccord avec ceux d'autres études mais de niveau de preuve plus faible. Par exemple, Misraï et al. [12], ne retrouvaient que 13 % d'IUE de novo avec une étude rétrospective portant sur 53 sacrocolpopexies sans cure d'IUE associée et un recul moyen de 20,4 mois. À l'inverse, Costantini et al. [13] ont même montré que le Burch était préjudiciable vis-à-vis de la prévention de l'IUE de novo. Chez 66 patientes continentales, opérées d'un prolapsus et randomisées entre un Burch additionnel (groupe 1) et pas de Burch (groupe 2), avec un

suivi de 97 mois, 29 % des patientes du groupe 1 étaient incontinentes par comparaison aux 16 % du groupe 2 ($p = 0,553$).

L'étude CARE n'est cependant pas exempte de critique méthodologique. Ainsi sur une population de patientes théoriquement sans IUE avant la réalisation de la sacrocolpopexie, on pouvait en fait relever, environ 20 % de signes d'IUE sur les données des questionnaires de qualité de vie remplis par les patientes et 35 % d'IUE occulte avec un test à la toux positif après réintégration du prolapsus. Cette confusion dans la sélection des patientes ne pouvait que brouiller la pertinence des conclusions finales de l'étude. Considérant cela, les résultats de la dernière méta-analyse Cochrane [6] affirmant l'absence d'efficacité démontrée d'une cure d'IUE préventive deviennent plus cohérents avec une certaine réalité clinique. Mais, l'IUE démasquée après réintégration du prolapsus au moment de l'évaluation clinique préopératoire représente bien un paramètre qui doit être pris en considération pour proposer une cure d'IUE concomitante à la chirurgie du prolapsus.

4. DONNÉES RÉCENTES DE LA CHIRURGIE VAGINALE EU ÉGARD AUX TECHNIQUES ACTUELLES DE CORRECTION DES PROLAPSUS

Depuis plus de dix ans, la bandelette sous-urétrale (BSU) rétropubienne TVT est devenue le traitement de référence pour la cure d'IUE. Elle est donc naturellement proposée en association avec la cure du prolapsus génital intéressé par une IUE. Dans le but de diminuer la morbidité peropératoire, notamment les perforations vésicales, le passage transobturateur de la BSU est devenu une alternative possible au passage rétropubien. Parallèlement au développement du TOT, les prothèses sous-vésicales ont été introduites dans la chirurgie voie basse des prolapsus. D'abord simplement positionnées de façon libre sous la vessie, elles ont, elles aussi, évolué à l'instar du TOT, vers un passage transobturateur dans le but d'assurer un meilleur ancrage de la prothèse.

Dès 2003, nous avons considéré que le positionnement transobturateur d'une prothèse destinée au traitement des prolapsus pouvait également réaliser un soutènement sous-urétral à la manière du TOT, dès l'instant où la dissection vaginale antérieure remontait suffisamment haut vers l'urètre, pour permettre l'application de la prothèse 1 ou 2 cm en arrière du méat urinaire [14]. Par conséquent, pour une prothèse sous-vésicale transobturatrice, l'adjonction d'une BSU supplémentaire devenait inutile pour traiter l'éventuelle IUE associée au prolapsus, et qui d'ailleurs n'était pas dénuée de morbidité comme nous le verrons plus loin.

Qui plus est, le concept d'une prothèse totale renforçant d'un seul tenant le fascia uréthro-vésico-vaginal correspond aussi à la théorie intégrale de Papa Petros et Ulmsten [2]. En outre, il ne faudrait pas oublier trop vite les résultats de l'intervention de Bologna qui en son temps avait su démontrer l'efficacité d'un traitement global de la cystocèle et de l'IUE [15].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950243>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950243>

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