

Article original

Résultats à trois ans de la prise en charge d'une incontinence urinaire d'effort avec pression de clôture urétrale basse par fronde sous-urétrale TVT

Three-year outcomes of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of female stress urinary incontinence with low urethral closure pressure

F. Sergent^{a,*}, I. Popovic^a, P. Grise^b, A.-M. Leroi^c, L. Marpeau^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, pavillon Mère-Enfant, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

^b Service d'urologie, CHU de Rouen, hôpital Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

^c Laboratoire de physiologie digestive, urinaire, respiratoire et sportive, CHU de Rouen, hôpital Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

Reçu le 28 décembre 2005 ; accepté le 20 juin 2006

Disponible sur internet le 01 septembre 2006

Résumé

Objectifs. – Le but de cette étude a été d'évaluer à long terme l'efficacité du TVT dans l'incontinence urinaire d'effort (IUE) avec pression de clôture urétrale maximale (PCUM) basse et d'identifier les facteurs de risque d'échec dans cette situation.

Patientes et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique concernant des femmes ayant eu un TVT pour une IUE de grade 3 selon Ingelman-Sundberg. Elles avaient toutes une PCUM basse définie par $PCUM < 30$ ou à la formule $110 \text{ moins l'âge} \pm 20 \% \text{ cm H}_2\text{O}$. L'hypermobilité urétrale était définie sur des paramètres cliniques et urodynamiques. Le TVT était la seule intervention réalisée. Les patientes ont été revues à trois mois, puis à plus long terme avec un recul moyen de trois années et jamais moins d'un an.

Résultats. – Soixante femmes au total, de 30 à 78 ans (moyenne d'âge 55), ont ainsi été opérées. Plus du tiers d'entre elles (38 %) avait déjà été opéré d'une incontinence. Trente-huit pour cent avaient une IUE sans hypermobilité urétrale. Trente pour cent présentaient une hyperactivité vésicale. À court terme, sur 58 patientes, 70,6 % étaient guéries, 10,3 % améliorées et 18,9 % en échec. À plus long terme, sur 44 patientes, 57 % restaient guéries, 16 % étaient améliorées et 27 % en échec. L'hyperactivité vésicale était guérie ou améliorée dans plus de la moitié des cas (60 %). Dix pour cent d'hyperactivité vésicale de novo étaient constatées, et persistaient toutes à plus long terme. Pour autant deux tiers de ces patientes étaient satisfaites du TVT. L'âge moyen des patientes en échec était plus élevé (65 ans). Les antécédents de chirurgie de l'IUE ne modifiaient pas les résultats. Quand la PCUM était inférieure à $20 \text{ cmH}_2\text{O}$, la réussite n'était présente qu'une fois sur deux. L'absence d'hypermobilité urétrale diminuait de façon significative la probabilité de guérison (38 versus 82,6 %, $p < 0,01$), et plus encore lorsqu'une instabilité vésicale était présente (16,6 versus 66,6 %, $p < 0,01$). L'apparition d'une dysurie postopératoire constituait un facteur pronostique péjoratif vis-à-vis de la réussite de la chirurgie.

Discussion et conclusion. – Même si les résultats du TVT avec PCUM basse sont moins bons, ils n'en demeurent pas moins appréciables. Quand on confronte les bénéfices attendus avec cette technique par rapport aux complications habituellement décrites, le TVT reste le traitement de première intention dans cette indication.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – The aim of this study was to assess, with long-term outcome, the effectiveness of TVT for stress urinary incontinence (SUI) with low maximum urethral closure pressure (MUCP) and to identify predicting factors for failure in this case.

Patients and methods. – This is a bicentric retrospective study including women who underwent a TVT procedure for grade 3-SUI according to the Ingelman-Sundberg's scale. All patients had a low MCUP defined by $PCUM < 30$ or by the formula $110 - \text{the age} \pm 20\% \text{ cmH}_2\text{O}$. Urethral

* Auteur correspondant.

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

hypermobility was defined on physical examination and urodynamic investigations. TVT was the only operation performed. Patients were assessed at three months then at longer term with an average follow-up of three years and ever less than one year.

Results. – A total of 60 women 30 to 78 years old (mean age 55) were so operated. More than third of them (38%) had already been operated for incontinence. Thirty-eight percent had SUI without urethral hypermobility. Thirty percent presented bladder overactivity. The short-term evaluation found that, out of 58 patients, 70,6% cured, 10,3% improved and 18,9% classified as failure. The long-term evaluation, concerning 44 patients, found that 57% remained cured, 16% improved and 27% were classified as failure. Bladder overactivity was cured or improved in more than half of the cases (60%). Ten percent of de novo urgencies were noted, all of which persisted later on. For all that, as much as two thirds of these patients were satisfied with the TVT. Mean age of patients classified as failure, was higher (65 years). Previous SUI surgery did not modify the results. When the MUCP was < 20 cmH₂O, success was present only one time out of two. The absence of urethral hypermobility decreased to a significant degree the probability of cure (38 vs. 82,6%, $P < 0.01$), and more still when bladder overactivity was associated (16,6 vs. 66,6%, $P < 0.01$). Postoperative voiding troubles constituted a pejorative factor for success of surgery.

Discussion and conclusion. – Even if results of TVT with low MCUP are worse, they do not remain less appreciable. When we confront the benefits awaited with this technique compared to the usually described complications, TVT must represent the first treatment of this indication. © 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Incontinence urinaire d'effort ; Insuffisance sphinctérienne ; TVT

Keywords: Female stress urinary incontinence; Intrinsic sphincter deficiency; TVT

1. Introduction

L'insuffisance sphinctérienne (IS) a la réputation de constituer un facteur de risque d'échec des cures d'incontinence urinaire d'effort (IUE). Pour les colpopexies rétropubiennes de type Burch, des taux d'échec atteignant 50 % sont retrouvés en sa présence [1–3]. Dès lors comment identifier l'IS ?

Même s'il n'existe pas véritablement une spécificité symptomatique pour l'IUE par IS, celle-ci sera évoquée devant le handicap majeur dont elle est responsable, chez une femme qui se garnit continuellement. Toute patiente qui présenterait des fuites urinaires pour des efforts minimes notamment la marche, le moindre changement de position, voire à l'extrême des fuites permanentes semblables à celles décrites avec les fistules urinaires, a possiblement une IS. Respectant la symptomatologie habituelle de l'IUE, les fuites dans l'IS surviennent le plus souvent sans conscience. Mais ici, la patiente est incapable d'interrompre volontairement un jet urinaire. Si jamais une instabilité vésicale devait être associée à l'IUE, celle-ci serait majorée par l'IS, la vessie échappant d'autant plus au contrôle cortical que le sphincter est faible [4].

Les antécédents chirurgicaux pelviens sont fréquents dans l'IS, en particulier de cure antérieure d'IUE. Par conséquent, une rigidité excessive des tissus périurétraux est parfois constatée chez ces patientes.

La sévérité exacte de l'IS est cependant difficile à quantifier. Ses diverses définitions urodynamiques en sont l'illustration. Elles reposent en premier lieu sur la mesure de la pression de clôture urétrale maximale (PCUM) qui exprime la différence entre la pression urétrale maximale et la pression vésicale, ces valeurs étant mesurées lors de l'urétrocystomanométrie [5].

L'International Continence Society (ICS) retient une valeur de PCUM inférieure à 30 cmH₂O pour définir l'IS sur le plan urodynamique. C'est cette définition qui est la plus communément admise. Pour autant, elle est parfois critiquable, notamment sur deux points. Elle ne prend nullement en considération l'âge des femmes. Ainsi, avoir une PCUM à 32 cmH₂O à 40 ans est sans doute tout aussi grave que d'avoir une PCUM à

25 cmH₂O à 80 ans ! Mais surtout, elle ne tient pas compte de l'absence totale de standardisation des méthodes de recueil de la valeur de la PCUM. En fonction des chaînes urodynamiques sur lesquelles les patientes sont évaluées, l'enregistrement est fait par des cathéters soit perfusés, soit de type microcapteurs électroniques, orientés ou vers l'avant de l'urètre ou vers l'arrière et avec des diamètres de cathéters qui peuvent eux aussi varier. De plus, ces mêmes cathéters sont utilisés soit en position fixe au tiers moyen de l'urètre, soit en mouvement et en retrait, chez des patientes placées soit position assise, soit en position debout. La conséquence est que sur des populations a priori semblables, certaines publications vont afficher des taux d'IS qui avoisinent les 60 %, alors que d'autres n'en dénombreront pas plus de 12, voire 6 % [6–8]. Dans ces circonstances, élargir la définition urodynamique de l'IS à d'autres critères comme par exemple ceux établis par la Société internationale francophone d'urodynamique (SIFUD) à une valeur de la PCUM inférieure à 110 — âge de la patiente en années — 20 % en cmH₂O, auxquels un certain nombre d'auteurs se réfèrent [9–11], avec les mêmes critiques d'ailleurs pour enregistrer cette valeur, doit permettre de dresser un inventaire plus exhaustif des patientes réellement concernées par une IS ou plus exactement une PCUM basse.

Le *leak-point pressure* est un autre paramètre urodynamique, indépendant de la PCUM, qui devrait également être retenu pour évoquer l'IS. Sa mise en avant ces dernières années [12] témoigne bien de la difficulté qu'éprouvent les cliniciens et les physiologistes à objectiver l'IS par la seule mesure de la valeur absolue de la PCUM. Il correspond à la pression abdominale nécessaire à l'apparition d'une fuite urinaire développée au cours d'une manœuvre de Valsava (VLPP). Un VLPP compris entre 0 et 60 cmH₂O est le témoin dans la majorité des cas d'une IS [13].

En définitive, c'est la conjonction des éléments recueillis par l'interrogatoire, la clinique et l'urodynamique qui amène au diagnostic d'IS, aucun n'étant par ailleurs pathognomonique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950859>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950859>

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