



Incontinence Urinaire, Statique Pelvienne, Lithiase

➤ **Dr Sébastien Beley**, Service d'Urologie du Pr Thibault, Hôpital Tenon, Paris

INCONTINENCE URINAIRE

• **RECHERCHE FONDAMENTALE.** L'injection trans-urétrale de myoblastes autologues sous écho-guidage a montré son efficacité dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort. Une étude menée chez le porc comportant une mesure de la pression de clôture urétrale maximale avant puis deux semaines après l'injection, a révélé que l'efficacité de cette méthode dépendait directement du nombre de myoblastes injectés. En cas d'injection d'un nombre suffisant de myoblastes autologues dans le sphincter strié de l'urètre, la pression de clôture urétrale maximale était significativement augmentée. (Mitterberger, 69) Une seconde étude de la même équipe concernant ce traitement de l'incontinence urinaire a retenu notre intérêt. Cette étude évaluait l'efficacité de la technique et sa faisabilité sur une cohorte de 130 patients incontinents (85 femmes, 45 hommes). La continence de chaque patient était évaluée par un score avant et après le traitement, sa qualité de vie ainsi que sa pression de clôture urétrale maximale. Un bilan urodynamique était réalisé en pré et en post-opératoire. Les cellules étaient prélevées sous anesthésie locale, au niveau du bras. Les myoblastes, après cultures en laboratoire, étaient réinjectés sous contrôle échographique. Des fibroblastes étaient injectés sous la muqueuse urétrale, pour traiter son atrophie. 111 patients étaient guéris après traitement, avec amélioration de leur qualité de vie, de l'activité et de la contractilité de leur sphincter strié urétral. La continence chez 17 autres patients était améliorée après traitement. Aucun effet indésirable n'a été rapporté. Il semble que cette technique soit un moyen efficace et peu invasif de traiter l'incontinence urinaire d'effort. (Strasser, 70) Le traitement de l'incontinence post-prostatectomie par implantation de ballons Pro-

ACT® a été débuté en 1999. Le système comporte deux ballons introduits par voie périnéale et positionnés en para-urétral. Le volume des ballons peut être ajusté après l'implantation, en injectant dans une chambre sous-cutanée située dans le scrotum. Cette modification du volume des ballons peut améliorer significativement la qualité du résultat clinique. Une étude portant sur 18 patients traités selon cette technique a évalué la position des ballons Pro-ACT® par un scanner spiralé. 11 des 18 patients étaient significativement améliorés voire secs. 7 patients n'étaient pas améliorés, malgré un ajustement du remplissage des ballons. Le scanner spiralé a mis en évidence que chez les patients améliorés au moins un des deux ballons était au dessus du diaphragme urogénital, au contact de la paroi urétrale. Chez les 7 patients non améliorés, les deux ballons étaient à distance de l'urètre et dans 86% des cas, situés dans le périnée superficiel. Ni les clichés de radiographie standard, ni le « scout view » réalisé avant l'acquisition des coupes de scanner, ne permettaient d'identifier à coup sûr la mauvaise position des ballons par rapport à l'urètre. Les auteurs de cette étude suggèrent la réalisation d'un scanner spiralé lorsque l'implantation d'un système Pro-ACT® se solde par un échec et que deux remplissages complémentaires ne modifient pas le résultat clinique. Cet examen permettrait de diagnostiquer la mauvaise position d'un ballon et de poser l'indication de son remplacement.

• **PRATIQUE CLINIQUE.** Une étude portait sur les résultats obtenus après injections intra-détrusorienne de toxine botulique de type A chez les patients ayant des symptômes réfractaires d'hyperactivité vésicale. Les patients atteints d'hyperactivité vésicale rapportent souvent une altération de leur qualité de vie. En cas d'é-

chec des traitements anticholinergiques, l'injection intra-détrusorienne de toxine botulique de type A est une alternative à la neuromodulation ou à la chirurgie. Les auteurs de ce travail rapportaient leurs résultats chez des patients atteints d'une hyperactivité détrusorienne idiopathique. Les patients étaient randomisés en deux groupes, les uns recevaient la toxine et les autres un placebo. Une injection de 200 unités de toxine botulique de type A diminuait significativement la gravité des symptômes et améliorait significativement le score de qualité de vie par rapport à l'injection du placebo. (Sahai, 675) Cette technique est-elle reproductible ? Les mêmes auteurs ont montré que la technique d'injection de toxine botulique de type A sous anesthésie locale à l'aide d'un fibroscope souple, telle qu'elle est employée dans leur institution, est facile, reproductible et bien tolérée par les patients. (Sahai, 684) Une équipe a rapporté les résultats d'une étude prospective évaluant l'efficacité d'un stimulateur périnéal pour le traitement des symptômes de cystite interstitielle. 45 patientes ont été traitées puis suivies (durée moyenne 18 mois). Les patientes étaient évaluées avant et après implantation du stimulateur, par un recueil sur trois jours de la fréquence de leurs mictions et de leurs douleurs. Le niveau de douleur moyen était évalué par l'utilisation d'une échelle visuelle analogique. Les résultats de cette étude multicentrique ont mis en évidence une efficacité durable du stimulateur périnéal électrique pour le traitement des symptômes de cystite interstitielle. (Parsons, 683)

• **QUELLE BANDELETTE UTILISER ?** Plusieurs communications ont porté sur les bandelettes sous urétrales. Une étude comparait les résultats des interventions TVT et TOT chez 75 patientes. Les patientes étaient évaluées pré et post-opérative-

ment par 3 questionnaires (IPSS, UDI -6 et IIQ-7) évaluant leurs symptômes. Les résultats étaient identiques quelle que soit le type de bandelette, avec 60% de guérison et 29% d'amélioration incomplète. Si la technique TVT a entraîné plus d'évènements indésirables (perforation de vessie, d'urètre...), la différence n'était pas significative. Les auteurs concluent que les deux techniques sont efficaces et sûres, sans différence significative. (Sender, 977) La mise en place d'une bandelette sous urétrale fixée au pubis pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme a été évaluée. 239 femmes ont été traitées, de 1997 à 2002, dans une seule institution. Les auteurs rapportaient leurs résultats sur la continence et en termes de complications. Le suivi moyen était de 38 mois. Le résultat était satisfaisant dans 60% des cas seulement, et le taux de complications plus élevé que ceux rapportés dans les séries de traitement mini invasif de l'incontinence urinaire. (Giberti, 981)

• **COMPLICATIONS DU TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE.** L'équipe de Studer a rapporté les résultats après incision ou résection de bandelette sous-urétrale. 31 patientes ont été traitées et le suivi moyen était de 11 mois. Les symptômes objectifs et subjectifs étaient significativement améliorés après traitement chez la majorité des patients. Par ailleurs, la continence était conservée chez 50% des patientes après incision ou résection de la bandelette. (Burkhard, 1128) Une étude française confirme ces résultats, avec 32% de patientes incontinentes à l'effort après section ou résection de la bandelette. Les raisons de la ré-intervention étaient des symptômes irritatifs ou obstructifs dans 75% des cas et une érosion vaginale dans 25% des cas. (Boublil, 1140)

STATIQUE PELVIENNE

L'utilisation d'implants de collagène porcine Pelvicol[®] pour traiter la cystocèle est répandue. Une étude portant sur 206 femmes opérées pour cystocèle comparait les résultats d'une réparation simple à ceux d'une réparation avec mise en place d'un implant de collagène porcine Pelvicol. Les patientes étaient randomisées en deux groupes comparables, pour recevoir un traitement ou l'autre. Le sys-

tème POP-Q était utilisé pour évaluer les patientes en pré et en post-opératoire. A un an de suivi, les résultats anatomiques étaient significativement meilleurs dans le groupe des patientes traitées par Pelvicol[®], aucune différence en terme de récurrence du prolapsus n'était notée. Les auteurs concluent que le Pelvicol est un implant dont l'utilisation est sûre et efficace pour la réparation des cystocèles. (Kocjancic, 676)

L'équipe de la clinique Saint Augustin de Bordeaux a rapporté ses résultats à 4,5 ans pour la promontofixation laparoscopique. 697 patientes ont été opérées selon une technique identique utilisant 4 trocarters et mettant en place deux bandelettes, l'une antérieure et l'autre postérieure. Si 6,8% des patientes étaient atteintes d'une incontinence urinaire de novo et 38% d'une dyschésie rectale transitoire, les auteurs concluent que cette technique donne des résultats anatomiques et fonctionnels satisfaisants et durables, malgré une durée d'hospitalisation courte et des complications rares. (Mugnier, 681)

LITHIASIS

• **ENDOUROLOGIE** Une étude comparant les douleurs post urétéroscopie souple, selon le type d'irrigation utilisé, par gravité simple ou par pompe à pression contrôlée a été présentée. Les résultats de cette étude portant sur 70 patients ne montrent pas de différence sur la durée d'hospitalisation, ni sur la consommation d'antalgiques. (Traxer, 203) La comparaison des urétéroscopes souples disponibles actuellement a permis de sélectionner deux appareils pour leurs qualités en termes de maniabilité et de visibilité. Il s'agissait du ACMI DUR 8 Elite et du Storz Flex-X (Deturmeny, 197).

L'emploi de l'urétéroscopie souple pour le traitement des calculs intra rénaux est une option à considérer. Plusieurs études ont montré l'efficacité du traitement et le faible taux de complications auquel il est associé. (Luciani, 345) et (Henderson, 343) L'urétéroscopie souple avec fragmentation laser d'un calcul coralliforme est une option à considérer de première intention en cas de facteurs de co-morbidité contre indiquant ou rendant la NLPC et la chirurgie ouverte potentiellement difficiles. (Eric, 196)

• **NÉPHROLITHOTOMIE PER CUTANÉE.** La comparaison des suites opératoires après NLPC avec un accès unique et NLPC avec plusieurs trajets a été étudiée. 40 patients ayant des caractéristiques semblables ont été traités, soit 20 patients pour chacune des deux techniques. Cette étude souligne l'intérêt de la NLPC avec plusieurs trajets pour le traitement en un temps des calculs coralliformes. Cette technique n'entraînait pas plus de complications qu'une NLPC simple dans cet étude. (Hegarty, 507)

• **LITHOTRIE EXTRA CORPORELLE** Un travail rétrospectif sur le traitement des calculs urétéraux par LEC (5000 séances revues) a confirmé l'efficacité de ce traitement avec plus de 90% de patients « stone free » après une séance, en cas de calcul de taille inférieure à 10 mm. Le faible taux de complication et sa réalisation possible sous antalgiques en intra veineux sont deux avantages supplémentaires de la technique et en font une technique de choix pour les calculs urétéraux. (Chaussy, 1088)

Les effets à long terme de la LEC ont été étudiés, notamment sur la fonction rénale et la pression artérielle. 100 patients traités en une seule séance ont été suivis pendant 43 mois en moyenne. Aucune différence significative n'est apparue au cours du suivi de la pression artérielle et de la fonction rénale, confirmant le statut de traitement sûr dont bénéficie la LEC. (Eassa, 1087)

L'efficacité de la LEC pour le traitement des calculs du groupe caliciel inférieur a été évalué au cours d'une étude prospective portant sur 300 patients traités consécutivement pour un calcul caliciel inférieur. A 3 mois le taux global de patients sans calcul était de 29%, celui pour les calculs de moins de 5 mm était de 46%. Une taille de calcul supérieure à 5 mm ou la présence de plusieurs calculs dans le groupe caliciel inférieur étaient les deux facteurs d'échec de la LEC en première intention. En l'absence de ces deux facteurs, la LEC constitue un traitement de choix pour les calculs du groupe caliciel inférieur. (Sarika, 1085)