




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique

Synthesis of the guidelines for the treatment of non-neurological urinary incontinence in women

J.-F. Hermieu*, S. Conquy, B. Leriche, P. Debodinance, E. Delorme, L. Boccon Gibod, A. Cortesse, A. Vidart, F. Cour, F. Richard, V. Cardot, P. Berlizot, L. Lenormand, E. Ragni, L. Peyrat, R. Yiou, P. Ballanger et le Comité d'Urologie et de Pelvipérinéologie de la Femme (Association Française d'Urologie)

MOTS CLÉS

Incontinence urinaire ;
Traitement médical ;
Traitement chirurgical

KEYWORDS

Urinary incontinence;
Medical treatment;
Surgical treatment

Résumé

Ces deux dernières décennies ont permis de voir apparaître de nouveaux traitements médicaux ou chirurgicaux révolutionnant la prise en charge de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. De nombreuses études souvent prospectives randomisées, avec des reculs suffisants, ont permis de valider les bons choix thérapeutiques en dehors des effets de mode et des pressions commerciales. L'Association Française d'Urologie, par le biais de son Comité d'Urologie et de Pelvipérinéologie de la Femme, propose ses recommandations. Celles-ci ont été établies par un groupe d'experts des spécialités concernées (Urologues, Gynécologues, Rééducateurs), à partir d'une revue de la littérature, mais en tenant compte des pratiques quotidiennes universitaires et libérales. Entre *Evidence Base Medicine* et réalité du terrain, ces recommandations essayent de proposer des attitudes réalistes et applicables.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary

The last two decades have brought about new medical and surgical treatments revolutionizing care for non-neurological urinary incontinence in women. Many studies, often randomized prospective studies with sufficient follow-up, have validated the therapeutic choices and shown them not to be part of a fad or marketing pressures. The French Association of Urology (*L'Association Française d'Urologie*), through its Committee on Women's Urology and Pelvipiperineology (*Comité d'Urologie et de Pelvipérinéologie de*

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : jean-francois.hermieu@bch.aphp.fr (J.-F. Hermieu).

la Femme), proposes its recommendations. These were established by an expert group of specialists (urologists, gynecologists, and physical therapists), based on a review of the literature but taking into account the daily practices in academic and private practice settings. Between evidence-based medicine and reality in the field, these recommendations attempt to propose realistic and applicable strategies.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

Traitements médicamenteux

Incontinence urinaire d'effort : traitement hormonal vaginal s'il s'agit d'une patiente présentant une atrophie vaginale pour laquelle une rééducation ou une chirurgie est prévue. L'utilisation des inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine ne peut être recommandée actuellement. Il n'y a pas d'indication aux traitements alpha adrénergiques.

Incontinence par urgenturie : anticholinergiques ± traitement hormonal vaginal s'il s'agit d'une patiente présentant une atrophie vaginale.

Prise en charge rééducative

La rééducation périnéale sera prescrite en première intention chez une femme présentant une *incontinence urinaire d'effort*, en particulier s'il s'agit d'une incontinence urinaire du premier degré sans prolapsus, avec un testing périnéal de mauvaise qualité et/ou une inversion de commande périnéale.

Une prescription de 15 séances doit suffire pour évaluer les possibilités d'amélioration de l'incontinence. On prolongera les séances si la patiente a l'impression de progresser avec un résultat encore insuffisant. Sans amélioration, malgré une rééducation bien conduite, on peut se poser la question de la poursuite de la rééducation. Actuellement, les thérapeutes sont maîtres du nombre de séances. Ils sont plus aptes à savoir s'il faut poursuivre les séances. Ils doivent envoyer un rapport au médecin prescripteur. Cette rééducation est du domaine des kinésithérapeutes. Les sages-femmes peuvent prendre en charge le *post-partum*.

Par contre, on sait l'importance de la prise en charge personnelle pour le résultat et le maintien de cette prise en charge. Parfois, il est bon de refaire quelques séances à distance des premières pour vérifier les acquisitions et redonner une nouvelle « impulsion » à la patiente dans sa prise en charge personnelle.

Il est impossible de substituer le travail du thérapeute à de l'électrostimulation à domicile. En effet, il faut une prise en charge très globale où le thérapeute a toute sa place. En l'absence d'efficacité démontrée à ce jour, les sondes d'électrostimulation auto-administrées ne sont pas recommandées.

Dans l'*incontinence par urgenturie*, l'approche rééducative sera utilisée parallèlement à la prescription des anticholinergiques avec une prise en charge comportementale et un travail de bio feed-back vésical. On pourra par ailleurs

au cours de la séance faire un temps d'électrostimulation à basse fréquence. Une dizaine de séances de départ sont suffisantes.

Dans tous les cas, la prise en charge rééducative doit s'envisager dans une approche multidisciplinaire à intégrer dans une prise en charge médicale et/ou chirurgicale.

Traitements palliatifs

Les palliatifs absorbants se sont beaucoup améliorés ces dernières années tant en efficacité qu'en confort, mais il persiste un problème de coût pour les patientes. Ils ne peuvent se concevoir que de façon très ponctuelle en attendant l'efficacité d'un traitement curatif ou plus durablement si aucune autre prise en charge n'est envisageable. On s'efforcera toujours de choisir le modèle adapté à l'importance des fuites et à la conformation de la patiente.

De nombreux traitements palliatifs non absorbants ont fait l'objet de publications concernant souvent un effectif réduit. Ils se regroupent en 3 types : extra-urétral occlusif, intra-urétral obstructif et intravaginal de support. L'utilisation de pessaire ou d'autres dispositifs vaginaux peut être proposée, en particulier lorsqu'il existe un prolapsus associé. Ceux-ci peuvent être utilisés lorsque les fuites sont très occasionnelles (sport, etc.) ou chez les femmes ne pouvant bénéficier d'aucun autre traitement.

Bandelettes sous-urétrales

L'utilisation de bandelettes constituées exclusivement de polypropylène monofilament tricoté est recommandée à l'exclusion de tout autre matériau. Le marquage NF est le garant de la réalisation d'études précliniques et cliniques avant commercialisation. La biocompatibilité du matériau ne doit pas faire oublier son caractère synthétique et la nécessité de respecter les règles d'asepsie propres à l'implantation d'une prothèse.

Concernant le choix de la voie d'abord :

- Le taux de guérison objective des voies transobturatrices et rétro-pubiennes ne peut être évalué clairement du fait de critères d'évaluation imprécis d'une étude à l'autre.
- Le risque relatif de guérison subjective de l'incontinence urinaire d'effort de la voie transobturatrice par rapport à la voie rétro-pubienne est de 0,82 (CI 95 %, 0,19-0,83). Les voies transobturatrices de dehors en dedans et de dedans en dehors conduisent aux mêmes taux de guérison.

- Aucune étude n'a, à ce jour, démontré une dégradation des résultats fonctionnels avec le temps. Le recul le plus long est de 11 ans et concerne le TVT rétro-pubien.
- Le risque relatif de complications peropératoires de la voie transobturatrice par rapport à la voie rétro-pubienne est de 0,40 (CI 95 %, 0,19-0,83) lorsqu'il est établi à partir des études randomisées et de 0,21 (CI 95 %, 0,10-0,44) lorsqu'il est établi à partir d'études de cohortes. Les complications telles que la plaie de vessie (OR 0,12 ; CI 95 %, 0,05-0,33) sont moins fréquentes pour la voie transobturatrice. Par contre, les douleurs au niveau de la racine de la cuisse (OR 8,28 ; CI 95 %, 2,7-25,4) et les plaies vaginales ainsi que les expositions prothétiques (OR 1,96 ; CI 95 %, 0,87-4,39) sont plus fréquentes après pose par voie obturatrice.
- Le risque relatif d'impériosités *de novo* après un an de suivi de la voie transobturatrice par rapport à la voie rétro-pubienne est de 0,63 (CI 95 %, 0,12-3,33) lorsqu'il est établi à partir des études randomisées et de 0,48 (CI 95 %, 0,23-1) lorsqu'il est établi à partir des études de cohortes.
- La dysurie (OR 0,55 ; CI 95 %, 0,31-0,98) est moins fréquente dans la voie obturatrice. Le risque relatif de dysurie nécessitant une réintervention ne peut être évalué en raison d'un nombre d'études insuffisantes.
- Concernant la voie transobturatrice, des études anatomiques ont montré que le passage de la bandelette était plus proche du pédicule vasculaire pudendal externe inférieur et de la branche postérieure du nerf obturateur dans la voie de dedans en dehors par rapport à la voie de dehors en dedans. Cette constatation anatomique, sous réserve du respect de la technique opératoire, n'a pas entraîné à ce jour pas de morbidité particulière.
- La voie transobturatrice de dehors en dedans nécessite une dissection vaginale plus importante que la voie de dedans en dehors. Cette dissection n'entraîne pas de conséquence particulière en termes de dénervation urétrale ou de risque de déplacement de la bandelette.

La pose de BSU peut être réalisée sous anesthésie locale, locorégionale ou générale. Le test peropératoire à la toux ne permet pas d'améliorer significativement les résultats de l'intervention et n'est pas recommandé en pratique routinière.

L'incontinence urinaire mixte avec une composante d'effort prédominante sans contraction non inhibée du détrusor sur le bilan urodynamique conduit à des résultats proches de l'incontinence urinaire d'effort pure. Une évaluation rigoureuse de l'équilibre vésicosphinctérien par un bilan urodynamique et une information complète de la patiente sur les résultats et risques possibles de la pose d'une BSU pour traiter une incontinence urinaire mixte sont indispensables.

Une incontinence urinaire mixte avec urgenturies prédominantes ou la présence de contractions détrusoriennes sur la cystomanométrie réduisent les taux de succès de la BSU.

Si la pose de la BSU traite efficacement l'incontinence urinaire d'effort, elle fait disparaître plus d'une fois sur deux les urgenturies, mais les aggrave une fois sur 10. Au-delà de 5 ans, il est fréquent de constater une dégradation des résultats fonctionnels essentiellement par la réapparition ou l'aggravation d'impériosités mictionnelles.

Plus que la valeur sphinctérienne dont l'évaluation urodynamique est sujette à caution, la mobilité urétrale doit

être prise en considération. La négativité des manœuvres de soutènement de l'urètre moyen est un élément pronostique de l'échec de la pose de la BSU.

Le surpoids modéré n'influe pas sur les résultats de la pose de BSU. Par contre, un BMI ≥ 35 réduit significativement les résultats des BSU à la fois par échec de correction de l'IUE et par urgenturie *de novo*. Il entraîne aussi plus de complications médicales graves. La perte de poids a une influence bénéfique sur l'incontinence urinaire mais est rarement durable. Chez les patientes présentant une obésité sévère, la chirurgie de l'obésité corrige aussi bien (voire mieux) l'incontinence urinaire d'effort que la mise en place d'une bandelette sous-urétrale.

L'âge n'est pas une contre-indication à la pose d'une BSU. Sous réserve d'un faible nombre de publications, il apparaît néanmoins que le taux de guérison attendu dans la population âgée de plus de 70 ans est inférieur de 10 à 15 % à ce qui est attendu chez les femmes plus jeunes. Le risque d'impériosités *de novo* et de rétention postopératoire apparaît également plus élevé.

Une information de la patiente sur les risques éventuels de la grossesse sur la récurrence de l'incontinence après bandelette sous-urétrale doit être donnée. Les avantages et inconvénients des différents modes d'accouchement doivent être signalés.

Si la patiente est jeune et nullipare, il est raisonnable de lui conseiller de différer l'intervention après sa dernière grossesse. En cas de grossesse, il est essentiel de limiter les facteurs de risque d'incontinence urinaire tels que le surpoids et le tabac.

Pour les patientes primipares porteuses d'une bandelette sous-urétrale, même si le premier accouchement paraît déterminant dans le traumatisme périnéal qu'il génère, dans l'état actuel des connaissances, il ne semble pas raisonnable de proposer d'emblée une césarienne.

Pour les patientes multipares porteuses d'une bandelette sous-urétrale, le risque de l'accouchement par voie basse ne paraît pas suffisant pour proposer une césarienne. En l'absence d'indication spécifique pour la césarienne, le recours à un accouchement par voie basse est raisonnable. Le caractère invasif d'une césarienne est à confronter à celui de la pose itérative d'une nouvelle bandelette en cas de récurrence de l'incontinence. Les chances de succès de cette deuxième pose sont proches de la première.

En cas d'incontinence récidivée, il est indispensable d'attendre 6 à 12 mois une récupération spontanée de la continence avant d'envisager une nouvelle intervention.

Faute d'études cliniques suffisantes prouvant leur efficacité et leur innocuité, les mini-bandelettes ne peuvent, à ce jour, être recommandées pour traiter une incontinence urinaire d'effort féminine.

Complications des bandelettes sous-urétrales

Complications fonctionnelles

Rétention d'urines postopératoire

Elle peut être liée à une bandelette trop serrée ou à une vessie hypocontractile.

Lorsque l'on suspecte une bandelette trop serrée, une reprise chirurgicale précoce est recommandée. Il convient de reprendre l'incision vaginale et de détendre la bandelette.

Lorsque l'on suspecte un trouble de la contractilité vésicale, il est conseillé de différer toute reprise chirurgicale et d'avoir recours temporairement aux autosondages.

Dysurie postopératoire

Elle nécessite un bilan clinique, endoscopique, urodynamique et éventuellement radiographique et échographique (par un échographiste entraîné).

Lorsqu'elle est extrême, qu'elle s'accompagne de signes irritatifs vésicaux gênants, de résidu post-mictionnel ou d'infections urinaires récidivantes, elle nécessite une réintervention pour sectionner la bandelette. La section simple n'est pas toujours suffisante pour libérer l'urètre. Il faut alors réséquer de dehors en dedans le segment vaginal de la bandelette jusqu'à ce que l'urètre soit libéré. Après résection de la bandelette, le risque de récurrence de l'incontinence est de 10 à 30 %.

Urgenturie avec ou sans fuites

Elle nécessite un bilan clinique, bactériologique, endoscopique, échographique, urodynamique et éventuellement radiographique à la recherche :

- d'une épine irritative locale (infection urinaire, érosion uréthrale ou vésicale) ;
- d'une obstruction (bandelette serrée, prolapsus sous-estimé), une béance cervico-uréthrale en amont.

Si une obstruction est identifiée, il faut la traiter en priorité. S'il s'agit d'urgenturie sans obstacle, un traitement anticholinergique éventuellement associé à certaines techniques de rééducation sera proposé. En cas d'échec pourront se discuter section de la bandelette ou neuromodulation sacrée. Des injections détrusoriennes de toxine botulique sont en cours d'évaluation dans cette indication.

Récidive de l'incontinence d'effort

Elle nécessite un bilan clinique et paraclinique complet avant de prendre une décision thérapeutique.

S'il persiste une hypermobilité uréthrale clinique avec une bonne vidange vésicale, on proposera la mise en place d'une bandelette sous-uréthrale itérative. Si les pressions sphinctériennes sont basses, on préférera une voie d'abord rétro-pubienne.

En l'absence d'hypermobilité uréthrale, on discutera l'implantation d'un sphincter artificiel urinaire dont l'efficacité est démontrée mais au prix de certaines contraintes. La mise en place de ballons péri-urétraux est une alternative moins invasive en cours d'évaluation.

Douleurs postopératoires

Les douleurs myofasciales sont une contre-indication relative à l'utilisation de la voie transobturatrice.

Dans la voie rétro-pubienne, le passage très vertical de l'alène en arrière du pubis prévient le risque de lésion du nerf obturateur.

Le passage de l'aiguille au plus près de la branche ischio-pubienne lors de la voie transobturatrice de dedans en dehors limite le risque de douleurs postopératoires.

Les bandelettes sous-urétrales sont parfois responsables de douleurs postopératoires nécessitant parfois la résection partielle ou complète de la bandelette.

Les douleurs vaginales et la dyspareunie sont souvent la conséquence de la rétraction d'un bras de prothèse qui pourra être réséqué.

Érosions et expositions de bandelette

L'érosion vaginale est évoquée devant toute leucorrhée, douleur vaginale, dyspareunie, sensation vaginale anormale.

Toute exposition ou érosion doit être traitée car elle peut évoluer vers une complication infectieuse grave : fasciite et gangrène.

L'IRM est performante pour identifier l'infection prothétique.

Le traitement conservateur ne se justifie que s'il s'agit d'une exposition limitée et que le bilan élimine une infection de la bandelette. Seules les bandelettes de polypropylène monofilament tricoté peuvent bénéficier d'un traitement conservateur.

Toute bandelette infectée doit être retirée en totalité.

L'intervention doit comprendre des prélèvements bactériologiques et l'envoi de la bandelette en bactériologie.

L'antibiothérapie doit être prolongée et adaptée à l'antibiogramme.

Colposuspensions, frondes sous-cervicales

L'équivalence des résultats fonctionnels des bandelettes sous-urétrales et des colposuspensions à ciel ouvert et la morbidité supérieure des colposuspensions font que les indications de la chirurgie traditionnelle correspondent aux contre-indications des bandelettes sous-urétrales :

- il ne semble ne plus guère y avoir d'indications au soutènement du col vésical par bandelette aponévrotique ;
- la prudence recommande de donner la préférence à la colposuspension lorsque le résultat fonctionnel de la pose d'une bandelette sous-uréthrale risque d'être compromis soit du fait d'anomalies de la trophicité vaginale, soit du fait d'une intervention réparatrice antérieure portant sur l'urètre : diverticule sous-urétral, fistule urétrovaginale.

La colposuspension à l'aiguille n'est pas recommandée pour traiter une incontinence urinaire d'effort de la femme.

La colposuspension laparoscopique n'est pas recommandée pour traiter une incontinence urinaire d'effort de la femme. Le recours à cette technique peut éventuellement se justifier si d'autres gestes laparoscopiques sont nécessaires. Cette technique doit être réalisée par un chirurgien expérimenté, formé à cette voie d'abord.

Injections péri-urétrales

Actuellement, il n'y a aucune donnée dans la littérature qui permette de recommander les injections péri-urétrales en traitement de première intention.

Cependant, certains auteurs soulignent que les techniques d'injection péri-urétrales peuvent être utilisées en raison du bon rapport risque/bénéfice chez les patientes fragiles, chez les patientes déjà opérées et chez celles qui ne souhaitent pas de chirurgie.

Le choix de cette option doit être fait sur les bases de l'efficacité, de la sécurité et du désir de la patiente.

Le choix du produit reste basé sur les considérations de sécurité, la facilité d'utilisation, le prix et les préférences de l'urologue.

Dans tous les cas, l'efficacité diminue avec le temps et des injections répétées sont souvent nécessaires pour maintenir un résultat satisfaisant.

Les injectables sont un choix possible en première intention chez les patientes très âgées et chez les patientes qui ne souhaitent pas de chirurgie.

Après échec du traitement chirurgical, et/ou s'il existe une insuffisance sphinctérienne, les injections péri-urétrales peuvent être une alternative à une nouvelle chirurgie, en sachant que les résultats sont nettement inférieurs aux ballons ou au sphincter.

En cas d'urètre fixé par des interventions antérieures, l'injection péri-urétrale n'a pas d'indication.

Ballons péri-urétraux

En l'état actuel de la littérature, les ballons ACT® chez la femme se doivent d'être une technique de recours. Ils ne peuvent être implantés que chez des patientes présentant une incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne sans hypermobilité urétrale (manœuvres de soutènement négatives), en échec d'autre thérapeutique ou lorsque la pose d'un SUA est contre-indiquée ou refusée par la patiente (HAS).

Sphincter artificiel urinaire

L'indication d'implantation de sphincter artificiel urinaire chez la femme repose sur plusieurs paramètres : sévérité de l'incontinence, insuffisance sphinctérienne avec manœuvres de soutien urétral négatives, notion de récurrence post-chirurgicale de l'incontinence, absence de contre-indication.

La qualité de l'évaluation clinique et urodynamique préopératoire est indispensable.

Les facteurs de succès dépendent :

- d'une implantation sur des tissus non délabrés par des interventions itératives ;
- d'une technique bien codifiée reposant sur une expérience opératoire régulière ;
- d'une désactivation suffisamment longue ;
- de la surveillance à long terme avec une expertise de la gestion des pannes et des révisions.

Neuromodulation sacrée et hyperactivité vésicale idiopathique réfractaire

Un cadre réglementaire précis doit être respecté pour l'utilisation de la neuromodulation des racines sacrées pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine par hyperactivité vésicale.

Il n'est pas recommandé d'effectuer un test de neuromodulation des racines sacrées pour la prise en charge de l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale si un traitement par rééducation ou un traitement par anticholinergique n'a pas été essayé, à moins qu'une contre-indication interdise l'utilisation de ces traitements.

L'urologue implanteur doit avoir reçu une formation spécifique sur le matériel, la technique d'implantation et le paramétrage.

L'évaluation de l'efficacité pendant la période de test doit être rigoureuse et repose sur l'utilisation de calendriers mictionnels, de questionnaires de symptômes ainsi que de l'appréciation globale par la patiente. Une amélioration supérieure à 50 % et un contre-test vérifiant la réapparition des symptômes après l'arrêt de la stimulation sont nécessaires pour justifier de l'implantation d'un neuromodulateur.

Une information complète doit être donnée aux patientes avant la réalisation du test. Il précise le déroulement du test, la réalisation des calendriers mictionnels, les précautions à respecter et les incidents pouvant survenir.

Toxine botulique et hyperactivité vésicale idiopathique réfractaire

Les données actuelles de la littérature montrent un intérêt certain de la toxine botulique A dans l'arsenal thérapeutique de l'hyperactivité vésicale non neurologique.

Toutefois, on ne peut pas recommander dans la pratique courante l'utilisation de la toxine botulique dans le traitement de l'incontinence par hyperactivité vésicale non neurologique.

Chez les patientes présentant une hyperactivité vésicale non neurologique, l'utilisation de la toxine botulique A (qui n'a pas en 2009 d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, même chez les patients neurologiques) doit être réservée à des indications très ciblées de deuxième ou troisième ligne (échec ou intolérance des traitements recommandés), et certainement, dans un premier temps, dans le cadre de la recherche clinique ou de services spécialisés.

Thérapie cellulaire pour l'incontinence urinaire

Plusieurs essais cliniques de thérapie cellulaire ont été conduits récemment dans le cadre de l'incontinence urinaire. Les procédés de préparation cellulaire et les critères d'inclusion étaient différents dans chaque étude. La faisabilité de cette technologie semble cependant acquise. Il reste à préciser les indications du traitement et les effets à long terme. La thérapie cellulaire de l'incontinence urinaire

ne se conçoit pour l'instant que dans le cadre d'un essai clinique. Nous encourageons tous les investigateurs urologues impliqués dans un essai clinique de thérapie cellulaire à le déclarer sur le site <http://clinicaltrials.gov> afin d'informer la communauté et de favoriser le développement de la technique.

Traitement de l'incontinence urinaire féminine : arbre décisionnel (Fig. 1).

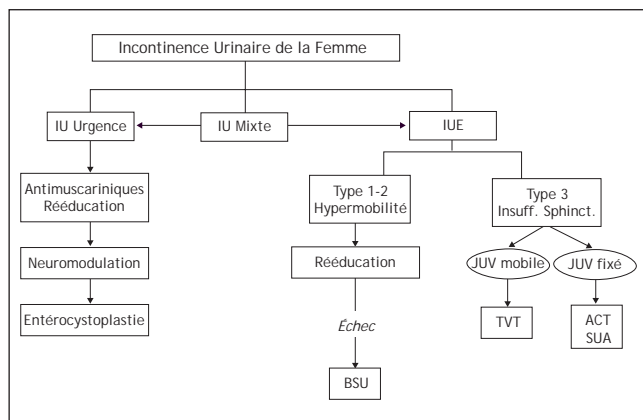


Figure 1. IU = Incontinence urinaire ; IUE = Incontinence urinaire d'effort ; JUV = Jonction uréthro-vésicale ; TVT = *Tension-free Vaginal Tape* ; BSU = Bandelette sous-urétrale ; SAU = Sphincter urinaire artificiel.