

## Section d'une bandelette TVT™ intravésicale par un trocart sus pubien

Déo-Christian HARINGANJI, Franck BRUYERE, Mohammed BADRAOUI, Olivier HAILLOT, Yves LANSON

Service d'Urologie, CHRU Bretonneau, Tours, France

### RESUME

**Depuis sa description en 1995, la cure de l'incontinence urinaire chez la femme par TVT est devenue une intervention courante. La voie d'abord ascendante rétropubienne peut conduire à un certain nombre de complications. Les traumatismes vésicaux s'observent avec une fréquence de 2 à 20% selon les séries [2, 3, 5]. Elles n'ont aucun retentissement si elles sont diagnostiquées et corrigées en peropératoire. Par contre, vues tardivement, elles posent le problème de diagnostic et de prise en charge. Nous exposons 2 cas d'association de la cystoscopie et de la laparoscopie pour sectionner des bandelettes de TVT intravésicales.**

*Mots clés : Incontinence, bandelettes sous-urétrales, complications.*

Depuis sa description par ULMSTEN, plus de 500.000 TVT™ ont été posés dans le monde. En France 30.000 sont posés chaque année [1, 5, 6]. Il s'agit d'une intervention codifiée dont il faut garder à l'esprit certaines complications rares qui peuvent engager le pronostic fonctionnel voire vital des patientes. Au travers de 2 cas nous exposons l'utilisation des méthodes laparoscopiques pour l'exérèse d'une bandelette avec un trajet intravésical.

### OBSERVATION N°1

Madame O.F., 51 ans, a eu une cure d'incontinence urinaire par pose d'un TVT™ en mars 2002. Elle a consulté en février 2004 pour des infections urinaires à répétition avec des brûlures mictionnelles invalidantes. Son mari se plaignait d'érosions de la verge après chaque rapport sexuel.

L'examen clinique objectivait une érosion de la muqueuse de la partie latérale gauche de la paroi vaginale correspondant à la bandelette (Figure 1).

La cystoscopie mettait en évidence une perforation vésicale bilatérale avec deux portions de bandelette traversant les parois antérolatérales de la vessie. Mme O. F. ne présentait pas d'incontinence, il n'existait pas de résidu post mictionnel à l'échographie. Pour retirer les portions intravésicales de la bandelette, 2 trocarts de 5mm ont été mis en place dans la vessie par voie sus-pubienne et sous contrôle endoscopique, une pince et des ciseaux ont pu être introduits par ces trocarts pour sectionner les portions de bandelettes intravésicales ; le segment intravaginal du TVT™ a été réséqué ; les parties non visibles de la bandelette TVT™ laissées en place. Les suites ont été simples avec une hospitalisation de 3 jours et un sondage de 7 jours. Elle a retrouvé des mictions spontanées sans fuite ni infection urinaire.

### OBSERVATION N° 2

Mme L. M. P 45 ans, opérée en mai 2003 d'une pose de TVT pour une incontinence urinaire d'effort, a présenté rapidement des douleurs au niveau de la cicatrice vaginale et une dyspareunie. L'examen à 6 mois a montré l'extériorisation de 1 cm de bandelette dans

le vagin. La cystoscopie montrait une portion intravésicale de bandelette. L'ablation de la bandelette intravésicale a été réalisée par une double voie d'abord coelioscopique et endoscopique : un seul trocart de 5 mm a été introduit dans la vessie par voie sus pubienne. Sous contrôle endoscopique, un fil a été passé avec la pince à corps étranger en double boucle derrière la bandelette pour l'arrimer. Avec des ciseaux introduits par le trocart, et sous traction par le fil ressortant par le méat urétral, la bandelette a été sectionnée à ras de ses 2 extrémités puis extraite par le méat à l'aide du fil tracteur. La portion vaginale de la bandelette a été enlevée par voie basse avec une suture de la muqueuse vaginale par des points séparés au vicryl. Les suites ont été marquées, après l'ablation de la sonde au 3ème jours, par la disparition des douleurs vaginales et la récurrence de son incontinence urinaire. Une nouvelle bandelette a été mise en place avec des suites simples.

### DISCUSSION

Les plaies vésico-urétrales se manifestent, en peropératoire, par l'issue de liquide de lavage le long de la gaine plastifiée de la bandelette. Leur fréquence, probablement sous estimée, varie entre 2 et 20% selon les publications [2, 3, 4]. Une cystoscopie peropératoire permet de les dépister [5].

Les découvertes tardives d'effractions vésicales par la bandelette ont été décrites. Leur diagnostic repose sur des symptômes diversement associés : infections urinaires à répétition, hématurie et cystalgies [2]. Les 2 patientes de notre observation ont décrit des infections urinaires à répétition et des cystalgies alors qu'elles ne présentaient aucune fuite.

La découverte tardive d'une bandelette intravésicale peut être expliquée soit par une plaie vésicale passée inaperçue lors de la cysto-

Manuscrit reçu : mai 2004, accepté : décembre 2004

Adresse pour correspondance : Dr. D.C. Haringanji, Service d'Urologie, CHRU Bretonneau, 2, Boulevard Tonnellé, 37044 Tours.

e-mail : dcharinganji@chu-tours.fr

Ref : HARINGANJI D.C., BRUYERE F., BADRAOUI M., HAILLOT O., LANSON Y. Prog. Urol., 2005, 15, 277-279

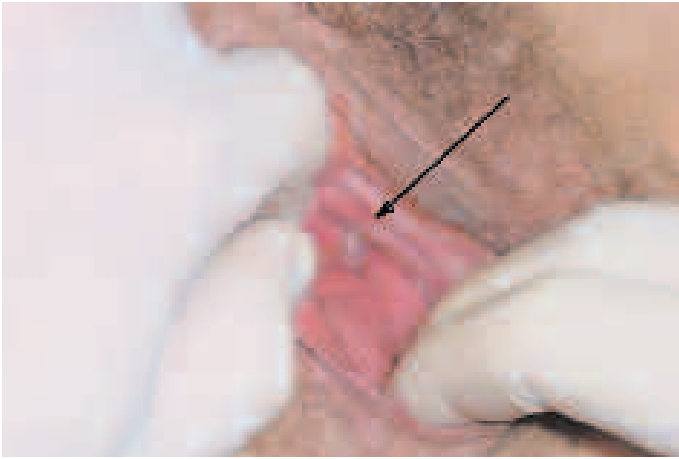


Figure 1. Erosion de la muqueuse vaginale par la bandelette.

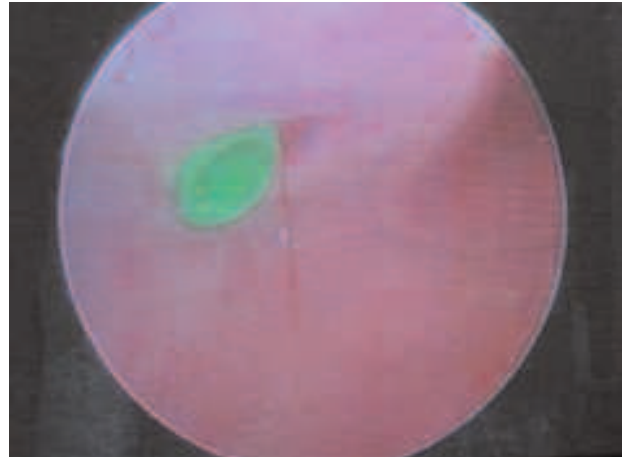


Figure 2a et b. Trocart intravésical (5mm).



Figure 3. Séction de la bandelette.

toscopie peropératoire ; ou bien une érosion secondaire de la paroi vésicale par une bandelette initialement passée intra-muros [5, 7]. Le passage de la bandelette dans la paroi vésicale est difficile à mettre en évidence : La constatation d'un plissement de la muqueuse vésicale à la cystoscopie peropératoire impose de retirer le trocart pour mieux le positionner. Les bandelettes se situent à la partie antérolatérale de la vessie avec un orifice d'entrée inférieur, un trajet intravésical libre, et un orifice de sortie supérieur. L'effraction vaginale par la bandelette est latéro-urétrale, dans la paroi antérieure du vagin. Elle ne donne que des symptômes post coïtaux du conjoint [1].

Sur le plan thérapeutique plusieurs méthodes ont été proposées : la laparotomie sous ombilicale et la double voie d'abord vaginale et abdominale qui exigent une dissection difficile du Retzius et une ouverture de la vessie. Cette méthode a récemment été décrite avec de bons résultats fonctionnels ; l'hospitalisation est cependant longue et la morbidité non négligeable [7].

La laparoscopie offre des possibilités thérapeutiques séduisantes avec peu de complications : HORION [4] utilise des trocars de coelioscopie introduits dans la vessie et la section de la bandelette se fait par voie endoscopique en introduisant des ciseaux de coelioscopie par un néphroscope 25 ch passé en transurétral.

Notre expérience n'est pas différente dans les principes : au niveau vaginal, la bandelette est sectionnée en ses portions apparentes; nous avons réalisé une simple plastie de la muqueuse vaginale après

avoir ravivé les berges. Les modifications du collagène du fait de la cicatrisation autour de la bandelette retiennent l'urètre ; les patientes peuvent demeurer continentes [1, 7]. Au niveau vésical, sous contrôle endoscopique, on met 2 trocars de 5 mm dans la vessie, par voie sus pubienne. Ils sont placés 2 cm de part et d'autre de la ligne médiane (Figures 2a et 2b). On peut introduire pincettes et ciseaux de coelioscopie qui, sous contrôle optique endo-urétral, permettent de sectionner les bandelettes intravésicales et de les retirer définitivement (Figure 3). L'épithélialisation recouvre ensuite les orifices de perforation. En l'absence de symptômes il n'y a pas de raison d'enlever la totalité de la bandelette TVT. Si l'incontinence réapparaît une nouvelle bandelette peut être posée à distance de la réintervention [5].

## CONCLUSION

La cure de l'incontinence urinaire d'effort par TVT™ est une intervention courante ; sa réalisation impose beaucoup de rigueur. Le passage intravésical de la bandelette doit être dépisté en peropératoire. Sa découverte tardive pose les problèmes de la prise en charge. L'utilisation des trocars de 5mm introduits dans la vessie offre une possibilité d'abord non invasif déjà utilisé avec succès par d'autres équipes.

## REFERENCES

1. CROAK A.J., SCHULTE V., PERON S., KLINGELE C., GEBHART J., LEE R. : Transvaginal tape lysis for urinary obstruction after tension free vaginal tape placement. J. Urol., 2003 ; 169 : 2238-2241.

2. GRISE P., LOBEL B., GRALL J. : Les complications du TVT. Prog. Urol., 2003 ; 13 : 144-146.
3. HERMIEUX J.F., MILCENT S. : Les bandelettes sous urétrales synthétiques dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine. Prog. Urol., 2003 ; 13 : 636-647.
4. JORION J.L. : Endoscopic treatment of bladder perforation after tension free vaginal tape procedure. J. Urol., 2002 ; 168 : 197.
5. SERGENT F., SEBBAN A., VERSPYCK E., SENTILHES L., LEMOINE J.P., MARPEAU L. : Complications per et post opératoire du TVT (Tension free Vaginal Tape). Prog. Urol., 2003 ; 13 : 648-655.
6. VILLET R., FITREMANN C., SALET-LIZEE D., COLLARD D., ZAFIROPULO M. : Un nouveau procédé de traitement de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) : soutènement sous urétral par une bandelette de prolène sous anesthésie locale. Prog. Urol., 1998 ; 8 : 1080-1082.
7. VOLKNER B.G., NESSLAUER T., RINNAB L., T. SCHADIN RICHARD., HAUTMANN E., GOTTFRIED H. W. : Surgical intervention for complications of the tension free vaginal tape procedure. J. Urol., 2003 ; 169 : 570-574.

---

### SUMMARY

#### **Section of intravesical TVT tape by a suprapubic trocar.**

*Since its first description in 1995, treatment of female urinary incontinence by TVT has become a routine procedure. The ascending retropubic approach can lead to a number of complications. Bladder trauma is observed in 2% to 20% of cases depending on the series [2, 3, 5]. They do not have any repercussions if they are diagnosed and repaired intraoperatively, but, when they are detected later, they raise problems of diagnosis and management. The authors report 2 cases in which a combination of cystoscopy and laparoscopy was used to section intravesical TVT.*

*Key-Words: Incontinence, Tension-free Vaginal Tape, complications.*