




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Recommandations concernant les indications de la chirurgie conventionnelle de l'incontinence d'urine d'effort de la femme (colposuspension, soutènement aponévrotique du col)

Guidelines for the conventional surgical indications for urinary stress incontinence in women (colposuspension, aponeurotic support of the bladder neck)

L. Boccon Gibod*, J.-F. Hermieu

Clinique Urologique, CHU BICHAT, 46, rue Henri Huchard, 75018 Paris, France

MOTS CLÉS

Incontinence urinaire ;
Traitement ;
Chirurgie ;
Colposuspension ;
Frondes sous-cervicales

Résumé

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-urétrale 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 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.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary

The equivalence of the functional results of the suburethral sling and open colposuspension and the greater morbidity of colposuspension is such that the indications for traditional

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : laurent.boccon-gibod@bch.aphp.fr (L. Boccon Gibod).

KEYWORDS

Urinary
incontinence;
Treatment;
Surgery;
Colposuspension;
Suburethral sling

surgery correspond to the contraindications for suburethral sling: there no longer seem to be but few indications for supporting the bladder neck using an aponeurotic swing; caution recommends preferring colposuspension when the functional result of placing a suburethral sling risks being compromised by either vaginal trophicity abnormalities or previous repair to the urethra such as suburethral diverticulum or urethrovaginal fistula.

Laparoscopic colposuspension is not recommended to treat urinary stress incontinence in women. This technique may be warranted if other laparoscopic procedures are necessary and should be carried out by an experienced surgeon trained in this approach.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

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 soutienement 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-urétrale 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.

Colposuspensions à ciel ouvert

Une revue exhaustive de la littérature réalisée par Smith [1], à partir de la *Cochrane Data Base* [2] complétée des publications récentes, permet d'évaluer la colposuspension à ciel ouvert. Le taux de guérison objective de cette technique est compris entre 59 et 100 % (médiane 80 %) et de guérison subjective de 71 à 100 % (médiane 88 %). La colposuspension à ciel ouvert conduit à des résultats similaires à la fronde cervicale et au « *Tension-free Vaginal Tape* » (TVT), mais meilleure que la colpographie antérieure, l'intervention de Marshall-Marchetti, la colposuspension à l'aiguille ou le « *paravaginal repair* » [2].

Plusieurs études comparent les bandelettes sous-urétrales aux techniques traditionnelles de cure chirurgicale de l'incontinence urinaire féminine. De manière générale, ces études souffrent d'un nombre limité de patientes, de définitions variables des critères de guérison, d'une puissance statistique non précisée ou insuffisante, d'un faible recul. Lorsque ce dernier est important, les études se heurtent à un taux élevé de patientes perdues de vue (58 à 67 % dans l'étude de Ward, alors que le recul est de 5 ans) [3].

Les séries comparant TVT et colposuspension à ciel ouvert [3-8] ne montrent pas de différence significative en termes de guérison objective (63 à 87 % dans le groupe TVT, 51 à

90 % dans le groupe colposuspension). Par contre, les durées opératoires, d'hospitalisation et de convalescence sont significativement plus courtes dans le groupe TVT [3,5,8] et les complications pariétales plus fréquentes dans le groupe colposuspension.

Les indications résiduelles de la colposuspension viennent probablement des contre-indications de l'abord vaginal nécessité par la mise en place des bandelettes de polypropylène. Ces dernières peuvent relever soit des altérations importantes de la trophicité vaginale, soit des antécédents de chirurgie urétrale réparatrice. La trophicité vaginale peut être altérée par un antécédent de curiethérapie, de séquelles locorégionales de complications infectieuses d'une bandelette sous-urétrale préalable, de cure de fistule urétrovaginale ou de diverticule sous-urétral.

Dans ces conditions, le recours à la voie vaginale pour poser une bandelette sous-urétrale peut sembler effectivement exposer à des complications : défauts de cicatrisation vaginale après curiethérapie, difficultés importantes de dissection après manifestations infectieuses locorégionales, risque de blessures urétrales en cas de cure préalable de diverticule sous-urétral et de fistule urétrovaginale.

Dans cette série de situations, la colposuspension, dont l'efficacité est identique à celle des bandelettes sous-urétrales, représente indiscutablement une solution de sécurité en prévenant la patiente de la durée de séjour et des complications éventuelles de cette technique chirurgicale.

Colposuspensions à l'aiguille

La revue de la *Cochrane Data Base* permet d'éliminer définitivement cette technique. À moins d'un an, en comparaison avec la colposuspension à ciel ouvert, le risque relatif d'échec est de 1,70 (95 %, 1,11 à 2,60). Ce risque passe à 2 (95 %, 1,47 à 2,72) au-delà d'un an [9].

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

Colposuspensions laparoscopiques

Vingt-deux études reprises dans la *Cochrane Data Base* [10] permettent d'évaluer la colposuspension laparoscopique. Par rapport à la colposuspension à ciel ouvert, le taux de guérison subjectif est inférieur de 5 % (baisse non significative RR 0,95, 95 %, CI 0,90 à 1,00). À 18 mois, le taux de guérison objective est plus bas pour la voie laparoscopique (RR 0,91,

95 %, CI 0,86 à 0,96), cette différence n'étant pas retrouvée au-delà de 18 mois.

Quelques études opposent TVT et laparoscopie avec des résultats similaires pour certaines d'entre elles [11-13], les taux de guérison allant de 72,9 % à 96,8 % pour le groupe TVT et 58,8 % à 87 % pour le groupe colposuspension laparoscopique. L'étude de Vampas et al. montre, par contre, une différence très significative en termes de résultats objectifs et subjectifs à l'avantage du TVT [14]. Globalement, il n'existe pas de différence en termes de résultats subjectifs entre ces 2 techniques (RR 0,91, 95 %, CI 0,80 à 1,02). Il existe, par contre, un avantage net aux bandelettes sous-urétrales pour les résultats objectifs (RR 0,92, 95 %, CI 0,85 à 0,99) [1]. Les durées opératoires d'hospitalisation et de convalescence sont aussi significativement plus courtes dans le groupe TVT. Enfin, le coût de la pose d'une bandelette sous-urétrale est largement inférieur à celui d'une colposuspension laparoscopique [15].

Frondes sous-cervicales

Les conclusions de la *Cochrane Data Base* concernant les frondes sous-cervicales ne peuvent s'appuyer sur de hauts niveaux de preuve, compte tenu du faible nombre de publications et de leur qualité médiocre. Les frondes aponévrotiques sont les plus étudiées. Elles représentent une technique efficace de correction chirurgicale de l'incontinence urinaire féminine mais au prix d'une morbidité élevée en termes de dysurie et de complications pariétales postopératoires [16]. Il n'est pas possible de conclure sur la supériorité des frondes par rapport aux colposuspensions.

Quelques études comparent TVT et soutènement aponévrotique. L'étude de Wadie et al. ne montre pas de différence significative en termes de guérison [17]. L'étude de Bai et al. ne montre pas de différence significative à 3 et 6 mois. Mais, à 12 mois, le taux de guérison passe de 92,8 % avec la fronde, à 87,8 % avec la colposuspension et 87 % avec le TVT [4].

Ainsi, le soutènement aponévrotique du col a probablement vécu, compte tenu de son rapport efficacité/morbidité défavorable.

Tout au plus, pourrait-on considérer qu'en cas d'incontinence d'urine orthostatique et d'effort persistants après de multiples interventions chirurgicales, le soutènement aponévrotique du col pourrait être utilisé comme intervention ayant pour but de transformer le malade en rétentionniste et d'avoir recours secondairement aux autosondages.

Cependant, il semble qu'une mesure d'une telle extrémité ne devrait être raisonnablement envisagée qu'en cas d'échec ou de contre-indication de la mise en place d'un sphincter AMS 800 péricervical.

Conflit d'intérêts

L. Boccon Gibod : aucun.

J.-F. Hermieu : Essais cliniques en qualité d'investigateur principal, coordonnateur ou expérimentateur principal (Aspide) ; Essais cliniques en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude (Coloplast) ; activités de conseil (Gynécare, Bard).

Références

- [1] Smith ARB, Surgery for urinary incontinence in women, in Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. Paris: Health Publication Ltd. 2009:1193-272.
- [2] Lapitan MC, Cody DJ, Grant AM. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD002912.
- [3] Ward K, Hilton P. Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence. *BMJ* 2002;325:67.
- [4] Bai SW, Sohn WH, Chung DJ, Park JH, Kim SK. Comparison of the efficacy of Burch colposuspension, pubovaginal sling, and tension-free vaginal tape for stress urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;91:246-51.
- [5] Liapis A, Bakas P, Creatsas G, Burch colposuspension and tension-free vaginal tape in the management of stress urinary incontinence in women. *Eur Urol*, 2002;41:469-73.
- [6] Wang AC, Chen MC. Comparison of tension-free vaginal taping *versus* modified Burch colposuspension on urethral obstruction: a randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2003.22:185-90.
- [7] Ward KL, Hilton P. A prospective multicenter randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stress incontinence: two-year follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:324-31.
- [8] El-Barky E, El-Shazly A, El-Wahab OA, Kehinde EO, Al-Hunayan A, Al-Awadi KA. Tension free vaginal tape *versus* Burch colposuspension for treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urol Nephrol* 2005;37:277-81.
- [9] Glazener CM, Cooper K. Bladder neck needle suspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD003636.
- [10] Dean NM, Ellis G, Herbison GP, Wilson D. Laparoscopic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:3:CD002239.
- [11] Persson J, Bossmar T, Wolner-Hanssen P. Laparoscopic colposuspension: a short term urodynamic follow-up and a three-year questionnaire-study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:414-20.
- [12] Ustün Y, Engin-Ustün Y, Güngör M, Tezcan S. Tension-free vaginal tape compared with laparoscopic Burch urethropexy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003;10:386-9.
- [13] Paraiso MF, Walters MD, Karram MM, Barber MD. Laparoscopic Burch colposuspension *versus* tension-free vaginal tape: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2004;104:1249-58.
- [14] Valpas A, Rissanen P, Kujansuu E, Nilsson CG. A cost-effectiveness analysis of tension-free vaginal tape *versus* laparoscopic mesh colposuspension for primary female stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1485-90.
- [15] Valpas A, Kivelä A, Penttinen J, Kauko M, Kujansuu E, Tomas E, et al. Tension-free vaginal tape and laparoscopic mesh colposuspension for stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2004;104:42-9.
- [16] Bezerra CA, Bruschini H, Cody DJ. Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD001754.
- [17] Wadie BS, Edwan A, Nabeeh AM. Autologous fascial sling vs polypropylene tape at short-term followup: a prospective randomized study. *J Urol* 2005;174:990-3.