Progrès en urologie (2015) **25**, 1181—1183

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

LETTRE À LA RÉDACTION

« Est-il encore justifié et éthique de réaliser un bilan urodynamique avant la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort de la femme ? »

Urodynamic testing before stress incontinence surgery in women: Cost-effectiveness analysis and ethical considerations

Mots clés Incontinence urinaire d'effort féminine ; Bilan urodynamique ; Bandelette sous-urétrale
Keywords Female stress urinary incontinence; Urodynamics; Sling

Un titre accrocheur et une lecture rapide de l'article « Est-il encore justifié et éthique de réaliser un bilan urodynamique avant la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort de la femme ? » [1] pourraient faire penser que le Comité d'urologie et de pelvi-périnéologie de la femme de l'Association française d'urologie recommande de réaliser, avant toute chirurgie d'incontinence urinaire féminine, un bilan urodynamique. C'est se tromper profondément sur la recommandation proposée.

Alors que l'ANAES, en 2003, recommandait cette pratique systématique, force est de constater que cette attitude n'était pas suivie par les praticiens concernés, en particulier dans le milieu gynécologique, le plus souvent sans conséquence, même si environ 10 % des patientes ont été confrontées à des échecs postopératoires par persistance de leur incontinence urinaire d'effort, apparition ou aggravation d'urgenturie, dysurie, voire rétention urinaire.

Qu'attend-on en réalité du bilan urodynamique ?

Pour certains (sûrement une minorité), disposer d'un interrogatoire et d'un examen clinique bien faits qui n'ont pu être réalisés lors de la consultation initiale.

Pour d'autres :

- rechercher une hyperactivité détrusorienne dont on sait qu'elle est un facteur d'échec postopératoire ;

  Une analyse poussée de la littérature montre cependant que l'existence d'une hyperactivité détrusorienne alors qu'il n'existe aucun signe clinique d'hyperactivité vésicale est exceptionnelle.
- rechercher une insuffisance sphinctérienne. Il était en effet classique au temps des cervico-cystopexies de type Burch, de constater des résultats médiocres lorsque la pression de clôture maximale de l'urètre était basse. Mais cette constatation n'est pas applicable aux bandelettes sous-urétrales pour lesquelles la mobilité cervico-urétrale est l'élément déterminant de succès. Des récentes publications ont cependant montré que la voie rétro-pubienne conduisait à de meilleurs résultats que la voie trans-obturatrice lorsque la pression de clôture maximale de l'urètre était basse ;
- rechercher un défaut de vidange vésicale. Les données cliniques sont souvent mises en défaut pour identifier une dysurie qui est souvent méconnue et sous-estimée par les patientes [2]. Mais cette anomalie peut être dépistée facilement par une débitmétrie et une mesure du résidu post-mictionnel ;
- disposer d'un document médico-légal susceptible de documenter le dossier en cas de réclamation contentieuse mais un interrogatoire, un examen clinique bien faits, une indication bien argumentée dans le dossier seront sûrement des éléments plus pertinents qu'un examen urodynamique parfois mal fait et mal interprété.

Afin de justifier son argumentation, Xavier Fritel s'appuie sur deux études récentes : la publication de Nager est issue du prestigieux *New England Journal of Medicine* [3].

Si l'impact facteur de ce journal est élevé, son expertise urologique ne l'est pas. Rappelons qu'il y a quelques années, il proposait encore l'intervention de Burch comme *gold standard* de chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort féminine.

Cette étude multicentrique randomisée a comparé deux séries de femmes opérées d'une incontinence urinaire d'effort simple, non compliquée, un groupe étant évalué cliniquement et un deuxième étant évalué par examen clinique et par bilan urodynamique.

Les résultats postopératoires à 12 mois étaient identiques dans les deux groupes. Le bilan urodynamique a entraîné une modification de l'indication opératoire pour 18 patientes.

Cette série souffre cependant de plusieurs critiques : sur 4083 patientes recrutées, seules 523 sont analysées (moins de 13 %). Les deux groupes étudiés ne sont, par ailleurs, pas équivalents en termes de durée et de sévérité de l'incontinence, de réalisation ou non de rééducation et de mobilité de l'urètre. L'évaluation urétrale était enfin optionnelle lors du bilan urodynamique. Enfin, les traitements chirurgicaux proposés étaient assez hétérogènes.

DOI de l'article original : http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.12.008.

L'étude de Vanleijsen [4] avait pour objectif de montrer que, si l'examen urodynamique va modifier près d'une fois sur 2 le diagnostic clinique, il ne modifie pas le résultat final observé par la patiente.

Cette étude a cependant un design particulier. Elle consiste à recruter des patientes présentant une incontinence urinaire d'effort simple non compliquée, n'ayant pas répondu à la rééducation et qui vont être soumises à un bilan urodynamique. Lorsqu'il existe une discordance entre l'examen clinique et le bilan urodynamique, une randomisation est proposée soit vers une chirurgie soit vers un traitement spécifique orienté par le bilan urodynamique.

Les résultats montrent un changement de diagnostic à la suite du bilan urodynamique pour 46 % des patientes mais pas de différence en termes de résultat subjectif à terme, à l'exception de l'hyperactivité du détrusor qui est un élément prédictif d'un risque plus élevé d'incontinence urinaire postopératoire.

Les points faibles de l'étude sont cependant un choix de traitement conservateur à la discrétion du praticien et le fait que dans les deux groupes, la solution chirurgicale est proposée à plus de 90 % des patientes.

Donc finalement deux séries sur lesquelles il est difficile d'apporter des conclusions bien nettes. Alors rappelons encore les recommandations du CUROPF qui nous paraissent particulièrement équilibrées [5].

« L'examen urodynamique n'est pas utile pour le diagnostic d'une incontinence urinaire féminine qui demeure un diagnostic clinique. »

Avant toute chirurgie d'une incontinence urinaire d'effort pure, l'évaluation de la vidange vésicale par la mesure du débit maximum et du résidu post-mictionnel est recommandée. En présence d'une incontinence urinaire d'effort pure sans autre symptôme clinique associé, un bilan urodynamique complet n'est pas obligatoire mais permet d'aider à établir un pronostic et à informer la patiente sur son fonctionnement vésicosphinctérien.

Un examen urodynamique complet est par contre recommandé pour explorer une incontinence urinaire complexe ou compliquée, et ce principalement en cas :

- d'antécédents de chirurgie de l'incontinence urinaire ;
- d'association à des urgenturies avec ou sans fuite ;
- d'incontinence urinaire sévère ;
- d'anomalies mictionnelles ;
- de test à la toux négatif ;
- de réduction de la capacité vésicale ;
- de suspicion d'obstruction ou d'hypocontractilité vésicale.

Reste aux chirurgiens qui implantent des bandelettes sous-urétrales d'investir dans un débitmètre ou de continuer à faire des bilans urodynamiques complets aux incontinentes urinaires d'effort simples non compliquées pour évaluer la vidange vésicale.

Réponse du Pr Xavier Fritel

Merci de l'intérêt porté à mon éditorial intitulé « Est-il encore justifié et éthique de réaliser un bilan urodynamique avant la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort de la femme ? ». Votre lettre apporte un éclairage didactique fort utile à cette question d'actualité, et complète les débats du congrès 2015 de la SIFUD à la Baule (L'urodynamique : rentable pour qui ?), et de l'ICS à Montréal (*Is it still ethical to perform urodynamic investigations prior to surgery for female stress incontinence?*).

Les essais randomisés de Nager et de van Leijsen sont d'une grande qualité méthodologique, et pour cette raison doivent être considérés avec attention en raison de leurs implications pour notre pratique clinique quotidienne. Sur les 4083 femmes consultantes dans l'essai de Nager (chirurgie de l'IUE simple avec ou sans bilan urodynamique), une grande partie n'a pas pu être incluse car elles présentaient un prolapsus génital (639), un antécédent de chirurgie (528), ou une incontinence complexe (1032). Il existait quelques différences entre les deux groupes randomisés, en particulier sur la mobilité urétrale qui était retrouvée chez 94 % des femmes du groupe urodynamique, contre seulement 88 % du groupe témoin. Cette différence qui porte sur le principal critère prédictif de réussite des bandelettes sous-urétrales (comme le souligne Jean-François et Loïc) aurait pu jouer en faveur du groupe urodynamique, ce qui n'a pas été le cas. La grande majorité des femmes dans les deux groupes (93 %) ont bénéficié d'une bandelette sous-urétrale.

L'essai de van Leijsen montre que dans l'IUE simple, les informations apportées par le bilan urodynamique, même quand elles ne sont pas conformes à ce qui était attendu, ne modifient pas le traitement (pose d'une bandelette sous-urétrale dans 97 % des cas dans le groupe où il était tenu compte du résultat du bilan contre 98 % dans l'autre groupe chirurgie première), ou le résultat sur l'incontinence.

De nombreuses questions sont encore sans réponse comme la définition de l'IUE « simple » et celle de l'IUE « complexe », les circonstances de fuite qui vont répondre à la chirurgie et celles qui sont facteur de risque d'échec, le dépistage de l'insuffisance sphinctérienne, la conduite à tenir en cas de mobilité urétrale réduite, ou en cas de débitmétrie pathologique. Cela doit nous encourager à continuer les travaux sur les facteurs prédictifs préopératoires.

Pr Xavier Fritel.

Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction.

Déclaration d'intérêts

Consultant Boston scientific et Allergan ; intervenant rémunéré Pfizer.

Références

[1] Fritel X. Est-il encore justifié et éthique de réaliser un bilan urodynamique avant la chirurgie de l'incontinence d'effort de la femme ? Prog Urol 2015;25:177—9.

[2] Gravina LG, Costa AM, Galatioto GP, Ronchi P, Tubaro A, Vicentini C. Urodynamic obstruction in women with stress urinary incontinence—do nonintubated uroflowmetry and symptoms aid diagnosis? J Urol 2007;178:959—64.

[3] Nager CW, Brubaker L, Litman H, Zyczynski HM, Varner RE, Amundsen C, et al. A randomized trial of urodynamic testing before stress incontinence surgery. N Engl J Med 2012;366:1987—97.

[4] Van Leijsen SA, Kluivers KB, Mol BW, Hout J, Milani AL, Roovers JP, et al. Value of urodynamics before stress urinary incontinence surgery. A randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2013;121:999—1008.

[5] Hermieu JF, Cortesse A, Cardot V, Le Normand, Lapray JF, Ballanger P, et al. Synthèse des recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Prog Urol 2007;17:1239—41.

J.-F. Hermieu[a,*], L. Le Normand[b]
[a] *Service d'urologie, hôpital Bichat, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France*
[b] *Service d'urologie, hôpital Hôtel-Dieu, CHU de Nantes, 44093 Nantes cedex, France*
* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : jean-francois.hermieu@aphp.fr (J.-F. Hermieu)
Disponible sur Internet le 9 octobre 2015

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.316
1166-7087/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.