



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Impact de la promonto-fixation cœlioscopique, avec ou sans bandelette sous-urétrale, sur les symptômes du bas appareil urinaire

Impact of laparoscopic sacrocolpopexy, with or without a midurethral sling, on lower urinary tract symptoms

J. Salerno^{a,*}, R. de Tairac^a, S. Droupy^b, P. Costa^b,
E. Llinares^b, B. Fatton^a, L. Wagner^b

^a Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Nîmes, 4, rue du Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes, France

^b Service d'urologie, CHU de Nîmes, 4, rue du Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes, France

Reçu le 17 mai 2015 ; accepté le 10 mars 2016

Disponible sur Internet le 5 avril 2016

MOTS CLÉS

Prolapsus ;
Incontinence urinaire
d'effort ;
Promonto-fixation
cœlioscopique ;
Bandelette
sous-urétrale

Résumé

But. – Évaluer l'impact de la promonto-fixation cœlioscopique, associée ou non à une bandelette sous-urétrale (BSU) synchrone, sur les symptômes urinaires et la qualité de vie des patientes.

Matériels. – Étude prospective monocentrique de 83 patientes opérées d'un prolapsus génito-urinaire symptomatique par promonto-fixation cœlioscopique entre 2009 et 2011. Les patientes ont été classées en 3 groupes selon l'examen clinique préopératoire (test à la toux). Les 30 patientes avec incontinence urinaire à l'effort (IUE) patente (groupe A) et les 15 patientes avec IUE masquée (groupe B) ont eu une BSU associée à la promonto-fixation. Les 38 patientes sans fuites urinaires objectivées (groupe C) ont eu une promonto-fixation seule, qu'elles aient ou non des fuites rapportées à l'interrogatoire. À chaque consultation, les symptômes urinaires (UDI-6) et leur retentissement sur la qualité de vie (UIQ-7) étaient évalués grâce à 2 auto-questionnaires validés, PFDI-20 et PFIQ-7.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : salerno_jennifer@hotmail.com (J. Salerno).

Résultats. — Après 3 ans de suivi moyen, l'IUE a été améliorée chez 23/30 (77%) des patientes du groupe A et une patiente a nécessité une nouvelle BSU. La dysurie a été guérie chez 9/12 (75%), 5/7 (71%) et 16/19 (84%) des patientes des groupes A, B et C respectivement et l'incontinence urinaire par urgenterie chez 13/19 (68%), 2/2 (100%) et 4/6 (67%) des patientes. Les taux d'incontinence par urgenterie de novo étaient de 1/11 (9%), 2/13 (15%) et 6/32 (19%). L'IUE de novo concernait 6/32 (19%) des patientes du groupe C, dont 2 ont nécessité une BSU. Les patientes présentaient en postopératoire une diminution significative de 62, 63 et 48% de leur score UDI-6 et de 77, 54 et 81% de leur score UIQ-7.

Conclusion. — L'association d'une BSU à la promonto-fixation coelioscopique en cas d'IUE patente améliore significativement l'incontinence urinaire à l'effort mais aussi par urgenterie. La promonto-fixation sans BSU concomitante lorsque l'IUE n'était pas retrouvée en préopératoire améliore significativement la dysurie avec un faible taux d'incontinence d'effort et par urgenterie de novo.

Niveau de preuve.— 4.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pelvic organ prolapse;
Stress urinary
incontinence;
Laparoscopic
sacrocolpopexy;
Suburethral sling

Summary

Objective. — To evaluate the impact of laparoscopic sacrocolpopexy, with or without simultaneous midurethral sling (MUS), on urinary symptoms and health-related quality of life of patients.

Materials. — A prospective analysis was carried out including 83 women with symptomatic pelvic organ prolapse who had laparoscopic sacrocolpopexy between 2009 and 2011. Patients were classified according to the preoperative clinical examination (stress test). Thirty patients with patent (group A) stress urinary incontinence (SUI) and 15 patients with occult SUI (group B) had a MUS associated with sacrocolpopexy. Thirty-eight patients with negative stress test (group C) were treated by sacrocolpopexy without MUS, even if they had history of SUI. At each visit, urinary symptoms (UDI-6) and their impact on quality of life (UIQ-7) were evaluated using validated self-questionnaires, Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaire.

Results. — After 3 years of mean follow-up, SUI was improved in 22/30 (77%) of patients in group A and only one patient needed a second MUS. Dysuria was cured in 9/12 (75%), 5/7 (71%) and 16/19 (84%) of patients of groups A, B, C respectively and urge urinary incontinence in 13/19 (68%), 2/2 (100%) and 4/6 (67%) of patients. The rate of de novo urge incontinence was respectively 1/11 (9%), 2/13 (15%) and 6/32 (19%). De novo SUI appeared in 6/32 (19%) of patients in group C, but only 2 of them secondarily needed a MUS. After 3 years, our study showed a significant decrease of UDI-6 of 62, 63 and 48% comparing with preoperative score and of UIQ-7 of 77, 54 and 81%.

Conclusion. — Laparoscopic sacrocolpopexy associated with MUS for patent stress urinary incontinence improves significantly stress and urgency urinary incontinence. Laparoscopic sacrocolpopexy without MUS, when physical exam shows a negative stress test, significantly reduces voiding difficulties with very few cases of de novo stress and urge incontinence.

Level of evidence.— 4.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Un prolapsus génito-urinaire est fréquemment associé à une incontinence urinaire d'effort (IUE). Celle-ci peut être patente, symptomatique, mais aussi masquée par le prolapsus et révélée à la réduction de celui-ci. Le mécanisme physiopathologique évoqué est un effet pelote d'un prolapsus antérieur avec une plicature de l'urètre pouvant protéger la patiente des fuites urinaires à l'effort. Il est donc prudent lors du bilan préopératoire d'un

prolapsus de rechercher une éventuelle IUE masquée [1].

Le taux d'IUE de novo est plus élevé après correction du prolapsus par promonto-fixation par rapport à la voie vaginale prothétique en raison de l'effet TVT-like de ce dernier. La stratégie de prise en charge de l'IUE masquée est différente selon les techniques chirurgicales employées [2,3]. Brubaker dans son étude prospective randomisée sur la promonto-fixation par laparotomie a montré que l'association à la colposuspension selon Burch réduisait le

taux d'IUE en postopératoire [4], argument en faveur d'une chirurgie combinée. La technique de Burch fut abandonnée du fait des taux élevés de récurrence à long terme et de décompensation postérieure induite (rectocèle) [5] et a été remplacée par la bandelette sous-urétrale (BSU) devenue le *gold standard* de la chirurgie de l'IUE [6]. Cette technique mini-invasive a des taux d'efficacité allant jusqu'à 90 % après 10 ans, hors chirurgie du prolapsus associée [7] et avec peu de complications [8,9]. Mais ces résultats ne peuvent être étendus à la chirurgie combinée, où l'efficacité de la BSU semble diminuée et les risques augmentés [3,10]. La promonto-fixation par laparotomie a également été abandonnée au profit de la voie coelioscopique avec des résultats anatomiques excellents et moins de 10 % de récurrence à 10 ans [11].

En 2010, l'Association française d'urologie (AFU) n'a établi des recommandations que sur la prise en charge de l'IUE isolée [6]. Cependant, d'après les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) en 2009, il peut être licite de traiter une IUE patente dans le même temps opératoire que la cure de prolapsus [1]. La stratégie pour l'IUE masquée est plus complexe [1,12] et sa prise en charge peut être synchrone ou différée si une IUE patente se démasque après la chirurgie du prolapsus. Il est conseillé d'expliquer à la patiente les bénéfices et les risques de ces deux stratégies afin d'obtenir un consentement éclairé.

Notre stratégie chirurgicale lors des promonto-fixations coelioscopiques est de ne traiter par BSU synchrone que les IUE objectivées à l'examen clinique préopératoire. Outre l'évaluation anatomique, il est primordial de juger du résultat fonctionnel sur les symptômes invalidants des patientes tels que la pesanteur pelvienne, les troubles fonctionnels urinaires, sexuels ou ano-rectaux qui peuvent altérer considérablement la qualité de vie. Des questionnaires standardisés spécifiques du prolapsus ont été validés en français [13] et permettent d'apprécier l'amélioration de la symptomatologie fonctionnelle, son retentissement sur la qualité de vie et l'activité sexuelle des patientes.

Le but de notre étude a été d'évaluer, à l'aide de ces auto-questionnaires, les résultats de notre stratégie thérapeutique associant ou non une BSU à la promonto-fixation coelioscopique sur la correction des symptômes du bas appareil urinaire et leur retentissement sur la qualité de vie des patientes.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique menée dans le service d'urologie du centre hospitalo-universitaire de Nîmes entre septembre 2009 et mars 2011. Toutes les patientes incluses ont été opérées d'un prolapsus génito-urinaire symptomatique de stade 2 minimum par promonto-fixation coelioscopique (PF). Les antécédents de cure de prolapsus ou d'IUE ne constituaient pas un critère d'exclusion.

L'objectif principal de notre étude était de comparer l'évolution des trois principaux troubles du bas appareil urinaire (dysurie, incontinence urinaire à l'effort et par urgenturie) en fonction de l'association ou non d'une BSU à la cure de prolapsus par promonto-fixation. Ces troubles

étaient définis selon la terminologie de l'International Urogynecological Association (IUGA) et de l'International Continence Society (ICS) en 2010 [14]. L'IUE était décrite comme des pertes d'urines involontaires à l'effort non précédées d'une sensation de besoin, l'incontinence urinaire par urgenturie (IUU) comme une émission involontaire d'urine associée à un besoin soudain et impérieux d'uriner qu'il est difficile de différer et la dysurie comme un inconfort à la miction (difficulté d'initier la miction, faiblesse du jet, poussée abdominale, augmentation du temps de miction, impression de vidange incomplète, gouttes retardataires). Ces symptômes étaient évalués grâce aux questions 16, 17 et 19 du questionnaire Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). La question 16 appréciait l'IUU « Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner? », la question 17 évaluait l'IUE « Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousez, que vous éternuez ou que vous riez? » et la question 19 considérait la dysurie « Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie? ».

L'objectif secondaire de notre étude était d'évaluer en postopératoire l'amélioration des scores de symptômes urinaires (UDI-6, calculé à partir du questionnaire PFDI-20) et de retentissement sur la qualité de vie (UIQ-7, extrait du questionnaire PFIQ-7).

Population étudiée

Lors de la consultation préopératoire, nous avons recueillis les antécédents médico-chirurgicaux, gynéco-obstétricaux (parité, césarienne, hystérectomie), l'indice de masse corporelle (IMC) et les plaintes fonctionnelles des patientes (pesanteur pelvienne, urgenturie, IUE, dysurie, dyspareunie, trouble de l'exonération ou de la continence anale). Le prolapsus était stadifié selon la classification internationale Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q), et l'IUE recherchée lors d'un examen vessie pleine avec effort de toux (IUE patente), mais aussi après refoulement du prolapsus (IUE masquée). En cas de fuite urinaire objectivée, l'examineur réalisait alors une manœuvre de soutènement sous-urétral (TVT-test) prédictive de l'efficacité d'une BSU [4].

Les patientes répondaient à deux auto-questionnaires validés chez les patientes présentant un trouble de la statique pelvienne [13]: le PFDI-20 étudiant la gêne fonctionnelle liée aux symptômes urinaires, pelviens et ano-rectaux en 20 questions avec un score d'autant plus élevé que la gêne est importante et le Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) évaluant le retentissement de ces symptômes sur la qualité de vie des patientes avec un score d'autant plus élevé que la qualité de vie est altérée. Dans notre étude, seuls les scores de symptômes urinaires (UDI-6 issu du PFDI-20) et leur impact sur la qualité de vie (UIQ-7 extraits du PFIQ-7) ont été étudiés. Un bilan urodynamique préopératoire était réalisé systématiquement avec débitmétrie, mesure du résidu post-mictionnel, cystomanométrie et profilométrie urétrale. Un test à la toux en position gynécologique, vessie remplie à 300 mL était réalisé pour rechercher une IUE.

Les patientes ont été réparties selon le résultat de l'examen clinique préopératoire en 3 groupes :

- groupe A : IUE patente (fuites à la toux sans réduction du prolapsus) ;
- groupe B : IUE masquée (fuites à la toux uniquement prolapsus réduit) ;
- groupe C : pas d'IUE (pas de fuite à la toux même après réduction du prolapsus).

Notre stratégie consistait à ne traiter par BSU que les patientes ayant des fuites à la toux constatées à l'examen clinique préopératoire (groupes A et B). L'existence de fuites urinaires rapportées lors de l'interrogatoire n'entraînait pas en compte dans la décision thérapeutique. Les auto-questionnaires étaient utilisés pour évaluer la symptomatologie des patientes en pré- et postopératoire mais n'ont pas eu d'influence dans notre étude pour justifier ou non la pose de BSU.

Technique opératoire

La promonto-fixation associait une prothèse antérieure d'hystéro-vaginopexie à une prothèse postérieure prérectale fixée aux muscles releveurs de l'anus en cas de rectocèle de stade 2 minimum. La technique opératoire était standardisée et commune aux 3 chirurgiens séniors expérimentés. Après réalisation d'une open-coelioscopie avec un trocart péri-ombilical et 3 trocarts opératoires, la prothèse antérieure était fixée sur la paroi vaginale antérieure, l'isthme utérin puis passait à travers le ligament large droit afin de rejoindre le promontoire. La prothèse postérieure était fixée sur les muscles releveurs de l'anus, les ligaments utéro-sacrés puis sur le promontoire. Il s'agissait de prothèses en polypropylène à larges mailles (type I) prédécoupées (Surgimesh prolapse® – Aspide médical) et de fils de fixation multi-filaments tressés non résorbables (Flexidène®). Certaines patientes ont eu une hystérectomie subtotale ou une annexectomie selon le bilan utéro-annexiel préopératoire. En cas de prolapsus rectal symptomatique, la prothèse postérieure était fixée directement sur la face antérieure du rectum (rectopexie).

La pose d'une BSU concomitante était réalisée en fin de procédure selon la technique conventionnelle (bandelette sous le tiers moyen de l'urètre, sans tension).

La sonde urinaire était retirée à j1 avec vérification de la reprise mictionnelle.

Évaluation clinique

Les patientes étaient revues en consultation postopératoire à 6 semaines, puis à 3, 12 et 36 mois. À chaque consultation, étaient réalisés l'interrogatoire, l'examen clinique avec cotation du prolapsus et la recherche de complications du matériel prothétique, notamment érosion ou rétraction. Les patientes répondaient à chaque visite aux mêmes auto-questionnaires PFDI-20 et PFIQ-7.

Pour évaluer le critère de jugement principal, les réponses aux items 16, 17 et 19 du questionnaire PFDI-20 en postopératoire étaient comparées pour chaque patiente avec les réponses données en préopératoire.

Concernant l'évaluation des scores UDI-6 et UIQ-7, on définissait une amélioration, une aggravation ou une stabilité en fonction respectivement de la réduction, de l'augmentation ou de la non-modification des scores en

postopératoire. Ces données étaient analysées à l'aide du test statistique apparié des rangs signés de Wilcoxon.

Cette évaluation était parfaitement reproductible et représentait le résultat fonctionnel des patientes après chirurgie. En cas d'aggravation des symptômes, les données de l'anamnèse et de l'examen clinique recueillies par le chirurgien au cours des consultations venaient nuancer les résultats obtenus. Les fuites urinaires étaient qualifiées de minimales en cas de gouttes ou de petits jets émis à l'effort. Les fuites étaient de grade 1 si elles survenaient lors de la toux ou à la poussée, de grade 2 à la marche ou aux changements de position et de grade 3 si l'IUE était permanente et totale. L'IUE était considérée comme invalidante en cas de port quotidien de protection ou de limitation d'activité altérant la qualité de vie des patientes (score UIQ-7 > 33/100). L'IUE était non invalidante en cas de score UIQ-7 < 33/100. Les fuites étaient fréquentes si quotidiennes ou peu fréquentes dans le cas contraire.

Analyse statistique

Pour l'analyse statistique des variables quantitatives, les facteurs indépendants ont été étudiés par le test de Mann-Whitney et les facteurs appariés par le test des rangs signés de Wilcoxon. Pour les variables qualitatives, le test de Fisher a été utilisé. Une différence était considérée comme significative pour un $p < 0,05$.

Résultats

L'inclusion de 83 patientes a eu lieu de septembre 2009 à mars 2011. Le suivi moyen était de $35,7 \pm 2,6$ mois avec un minimum de suivi de 12 mois, un maximum de 36 mois et une médiane de 36 mois. Dans le groupe A, une patiente a été perdue de vue après 12 mois de suivi.

Quarante-cinq patientes (54,2 %) avaient bénéficié de la pose de BSU synchrone pour traiter une IUE patente (groupe A, 30 patientes) ou masquée (groupe B, 15 patientes). Les BSU utilisées étaient rétropubiennes (TVT) pour 27 patientes et trans-obturatrices (TOT) pour les 18 autres. Trente-huit patientes n'avaient pas d'IUE objectivée en préopératoire et avaient bénéficié d'une PF exclusive (groupe C). Les caractéristiques préopératoires des patientes sont présentées dans le [Tableau 1](#).

L'évaluation des symptômes urinaires à 3 ans postopératoire est représentée dans le [Tableau 2](#).

Dans le groupe A, l'IUE était significativement améliorée dans 77 % (23/30) des cas mais 7 patientes rapportaient encore des fuites urinaires. Pour 4 d'entre elles, il s'agissait de fuites peu fréquentes et non invalidantes n'ayant pas nécessité de prise en charge chirurgicale. Une patiente avait récidivé son IUE après l'ablation de sa bandelette TVT en raison de douleurs neuropathiques ilio-inguinales. Une autre avait conservé une IUE avec hyper-mobilité cervico-urétrale persistante ayant nécessité la pose d'une deuxième bandelette TVT. L'IUE s'était aggravée chez une patiente et s'était associée à des urgenturies invalidantes.

Dans le groupe B, une patiente sur 15 rapportait une IUE à 3 ans. Elle se plaignait d'une incontinence urinaire mixte (IUM) avec composante urgenturique prédominante et

Tableau 1 Caractéristiques préopératoires des patientes.

	Groupe A (n = 30)	Groupe B (n = 15)	Groupe C (n = 38)
Âge (ans)	56,9 (± 9,5)	58,1 (± 10,7)	59,4 (± 8,6)
IMC (kg/m ²)	24,9 (± 3,3)	24,8 (± 3,6)	24,3 (± 3,3)
Parité	2 (1–4)	2 (1–3)	2 (1–6)
Antécédent de chirurgie du prolapsus			
Voie basse	1 (3,3)	0	4 (10,5)
Voie haute	1 (3,3)	0	2 (5,3)
Antécédent de BSU	1 (3,3)	0	4 (10,5)
Antécédent d'hystérectomie	3 (10)	0	5 (13,1)
Stade prolapsus POP-Q			
2	24 (80)	11 (63,3)	27 (71,1)
≥ 3	6 (20)	4 (26,7)	11 (28,9)
Pression de clôture	40 (± 16,3)	43,9 (± 16,2)	58,8 (± 20,8)

Résultats exprimés en moyenne (± écart-type), médiane (intervalle) et nombre (pourcentage). IMC : indice de masse corporelle ; BSU : bandelette sous-urétrale ; POP-Q : Pelvic Organ Prolapse Quantification.

préexistante au TVT et avait un score UDI-6 stable après la chirurgie.

Parmi les 38 patientes du groupe C, 6 (15,8%) rapportaient à l'interrogatoire une IUE avant l'intervention (réponse affirmative à la question 17 du PFDI-20) mais celle-ci n'était pas objectivée lors du bilan préopératoire. En postopératoire, l'IUE était améliorée chez 3 d'entre elles, 2 patientes (5,3%) s'étaient aggravées et avaient nécessité une BSU secondaire et une autre présentait une IUU prédominante préexistante, stable et non invalidante. En définitive, l'amélioration de l'IUE chez ces patientes sans BSU était de 66% (4/6). Parmi les 32 patientes du groupe C n'ayant pas mentionné de fuites au questionnaire préopératoire, 6 (18,7%) signalaient une IUE de novo à trois ans avec des fuites démasquées précocement dans les 3 mois suivant la cure de prolapsus pour 5 d'entre elles. Ces fuites étaient peu fréquentes, minimes, non invalidantes et n'avaient pas

nécessité de prise en charge chirurgicale (patientes non demandeuses).

En préopératoire, la moitié des patientes du groupe C se plaignait de dysurie et ont été significativement améliorées pour 84% (16/19) d'entre elles. Pour les patientes ayant eu une BSU associée, la dysurie était améliorée chez 75% (9/12) et 71% (5/7) des patientes des groupes A et B qui s'en plaignaient en préopératoire mais de manière non significative et 11,1% (2/18) des patientes du groupe A avaient développé une dysurie de novo.

L'IUU était améliorée significativement chez 68% (13/19) des patientes du groupe A, dont 19 présentaient une IUM préopératoire.

Avec 3 ans de recul, les patientes des groupes A, B et C présentaient respectivement une diminution significative de 62, 63 et 48% de leur score UDI-6 et de 77, 54 et 81% de leur score UIQ-7 (Tableaux 3 et 4).

Tableau 2 Symptômes du bas appareil urinaire en préopératoire et à 3 ans postopératoire.

	Groupe A (n = 30)		Groupe B (n = 15)		Groupe C (n = 38)	
	Préopératoire	3 ans	Préopératoire	3 ans	Préopératoire	3 ans
IUE	30 (100)	7 (24,1)*	0	1 (6,7)	6 (15,8)	8 (21,1)
Dont de novo		0		1 (6,7)		6 (18,7)
IUU	19 (63,3)	7 (24,1)*	2 (13,3)	2 (13,3)	6 (15,8)	8 (21,1)
Dont de novo		1 (9,1)		2 (15,4)		6 (18,7)
Dysurie	12 (40)	5 (17,2)	7 (46,7)	2 (13,3)	19 (50)	3 (7,9)*
Dont de novo		2 (11,1)		0		0

Résultats exprimés en nombre (pourcentage). IUE : incontinence urinaire à l'effort (réponse affirmative à la question 17 du PFDI-20 « Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez? »); IUU : incontinence urinaire par urgenterie (réponse affirmative à la question 16 du PFDI-20 « Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner? »); dysurie : difficultés mictionnelles (réponse affirmative à la question 19 du PFDI-20 « Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie? »). * p < 0,005 en comparant avec les résultats préopératoires pour un même groupe (test exact de Fisher).

Tableau 3 Scores UDI-6 du questionnaire PFDI-20 en préopératoire et à 3 ans postopératoire.

Score UDI-6	Groupe A (n = 30)	Groupe B (n = 15)	Groupe C (n = 38)
Préopératoire	48,5 (± 23,1)	18,3 (± 16,4)	24,6 (± 21)
3 ans postopératoire	18,4 (± 19,1)**	6,7 (± 15,1)**	12,7 (± 15,1)**
Δ score à 3 ans – préopératoire	–30,5 (± 24,4) ^a	–11,7 (± 10) ^a	–11,8 (± 17,7) ^a
Réduction, %	62	63	48

Résultats exprimés en moyenne (± écart-type). UDI-6 : inventaire des symptômes urinaires, exprimé/100. ^a $p < 0,002$ en comparant les Δ scores des 3 groupes entre eux (test de Mann-Whitney). ^{**} $p < 0,001$ en comparant avec les scores préopératoires dans un même groupe (test des rangs signés de Wilcoxon).

Tableau 4 Scores UIQ-7 du questionnaire PFIQ-7 en préopératoire et à 3 ans postopératoire.

Score UIQ-7	Groupe A (n = 30)	Groupe B (n = 15)	Groupe C (n = 38)
Préopératoire	38,4 (± 30,1)	17,1 (± 17,8)	23,6 (± 23,6)
3 ans postopératoire	8,7 (± 13,4) ^a	7,9 (± 17,5) ^a	4,5 (± 8,6) ^a
Δ score à 3 ans – préopératoire	–30,4 (± 30,4)($p = 0,03^a$)	–9,2 (± 14,3)($p = 0,1^b$)	–19 (± 23,6)($p = 0,2^c$)
Réduction, %	77	54	81

Résultats exprimés en moyenne (± écart-type). UIQ-7 : questionnaire sur l'impact des symptômes urinaires sur la qualité de vie, exprimé/100. ^a $p < 0,001$ en comparant avec les résultats préopératoires pour un même groupe (test des rangs signés de Wilcoxon).

^a p entre groupes A et B (test de Mann-Whitney).

^b p entre groupes B et C (test de Mann-Whitney).

^c p entre groupes C et A (test de Mann-Whitney).

Discussion

Dans notre étude, la pose d'une BSU combinée à la chirurgie du prolapsus en cas d'IUE patente améliore significativement les 2 types d'incontinences (IIU et IUE). La promonto-fixation sans BSU associée lorsque l'IUE n'était pas retrouvée en préopératoire, réduit significativement la dysurie mais semble favoriser la survenue d'une incontinence de novo (IIU et IUE).

La pose de BSU en cas d'IUE masquée associée au prolapsus est un sujet controversé. Selon les recommandations du CNGOF en 2010, un geste chirurgical préventif sur la continence urinaire n'est pas indiqué, en l'absence d'IUE masquée ou symptomatique [1]. Ces recommandations sont en cours de révision et la pose d'une BSU concomitante à la cure de prolapsus paraît de plus en plus critiquée [2]. La moindre efficacité des bandelettes en l'associant à un autre geste chirurgical pelvien [3,10], les troubles urinaires induits [6,8] ou encore les complications spécifiques des bandelettes sont en cause. En effet dans notre étude, après la mise en place d'une BSU synchrone, un quart des patientes présentent encore une IUE en postopératoire, 11,1% des patientes se plaignent de dysurie de novo, et une patiente a présenté des douleurs ilio-inguinales très invalidantes résistantes aux traitements antalgiques. Mais, on observe également que 71% (15/21) des patientes avec IIU en préopératoire ont été améliorés par la BSU synchrone (groupes A et B).

Les 24,1% de patientes souffrant d'IUE persistante à trois ans de la chirurgie combinée décrivaient des fuites minimales et peu invalidantes. Une mauvaise sélection préopératoire des patientes éligibles à une chirurgie combinée

ainsi qu'une bandelette mal positionnée et soutenant insuffisamment l'urètre peuvent expliquer ces résultats [15]. L'examen clinique préopératoire est non standardisé et il n'existe pas de recommandation précise à ce jour pour sa pratique. Visco [16] a montré que l'examen avec valve dépistait un plus grand nombre d'IUE masquée que les autres techniques employées (réduction manuelle, spéculum, pessaire, compresse). La manière de réaliser le TVT-test peut conduire également à un résultat prédictif erroné [10]. De plus, l'ajustement de la BSU pendant le même acte chirurgical que la PF peut être difficile et ne peut prédire sa tension finale après cicatrisation vaginale et intégration du matériel prothétique. Dans la littérature, les facteurs prédictifs retrouvés d'IUE persistante sont la sévérité de l'IUE préopératoire (OR 6,4) [17] (RR 4,03) [18], les maladies respiratoires obstructives chroniques (OR 3,5) et un IMC élevé (OR 1,04) [17]. Dans notre étude, 3 des 7 patientes se plaignant encore d'IUE en postopératoire avaient un IMC > 25 kg/m². D'autres auteurs retrouvent comme facteurs de risque d'échec : l'IUM, les antécédents de chirurgie de l'incontinence, l'insuffisance sphinctérienne et le diabète sucré [15]. Dans notre étude, 5 des 7 patientes présentaient une IUM.

Concernant la dysurie postopératoire, les facteurs de risque identifiés sont l'âge, le Qmax et des troubles obstructifs préopératoires [8]. Ces facteurs (vessie de grande capacité, hypocontractilité détrusorienne et hyposensibilité) orienteront le chirurgien vers la pose différée de BSU. Même si les recommandations n'imposent pas un bilan urodynamique systématique avant le traitement d'un prolapsus [1,12], notre équipe a l'habitude de le réaliser pour dépister un risque de dysurie ou d'hyperactivité vésicale induite [1,8]

et aider dans le choix du type de BSU. La voie rétropubienne est plus à risque que la voie trans-obturatrice dans les phénomènes obstructifs mais plus efficace en cas d'insuffisance sphinctérienne [6,8,9]. Dans notre étude, parmi les 7 cas de dysurie postopératoire, 4 sont imputables aux bandelettes rétropubiennes. La BSU mal positionnée (proche du col vésical ou du méat urétral) ou avec une tension excessive sur l'urètre peut être responsable de dysurie d'apparition précoce [8]. Notre hypothèse diagnostique sur la dysurie à long terme serait la récurrence de la cystocèle provoquant un appui du bloc cervico-urétral sur la BSU.

Nous remarquons dans notre étude une amélioration significative de l'IUU chez les patientes du groupe A. Celle-ci peut être expliquée par le traitement du prolapsus lui-même ou par la BSU. Des études précédemment réalisées [19] trouvent des résultats semblables avec une amélioration de l'IUM si la composante d'effort est prédominante et que le bilan urodynamique est normal (pas de contraction désinhibée du détrusor) [6].

À 36 mois, 18,7% des patientes sans IUE préopératoire et traitées par PF seule ont une IUE de novo. Celle-ci est d'apparition précoce dans les trois mois postopératoires, comme constaté dans d'autres études [16]. Elle surviendrait chez des patientes présentant une IUE masquée [17] non objectivée à l'examen clinique [18]. Dans ce cas l'histoire de fuites urinaires ayant disparu avec l'apparition d'un prolapsus est le plus souvent retrouvée. Dans notre étude, 2 des 6 patientes du groupe C rapportant une IUE en préopératoire ont été opérées secondairement pour pose de BSU. En définitive, 5,2% des patientes ont nécessité une BSU dans ce groupe. Ces résultats sont concordants avec les chiffres observés dans la littérature [11,18,20]. En ce qui concerne la dysurie, le prolapsus génito-urinaire constitue un obstacle organique à la vidange vésicale par effet pelote.

Lors de la promonto-fixation, la pose systématique d'une BSU risque de sur-traiter des patientes et les expose à des complications [20]. Poser l'indication d'une chirurgie d'IUE prophylactique nécessite d'évaluer plusieurs paramètres : les facteurs de risques prédisposant à une IUE en postopératoire (IUE masquée, hyper-mobilité urétrale, pression de clôture basse, chirurgie du prolapsus à risque d'IUE) [17,18], les facteurs de risques de dysurie (hypocontractilité détrusorienne, résidu post-mictionnel) et les facteurs de risques irritatifs (symptômes d'hyperactivité vésicale, hyperactivité détrusorienne) [10]. En définitive, la pose de BSU concomitante doit être décidée sur un faisceau d'arguments : l'anamnèse, l'examen clinique (test à la toux et TVT-test), le bilan urodynamique et le choix de la patiente.

Notre étude présente l'intérêt d'un recueil prospectif des données, en utilisant des auto-questionnaires reproductibles et validés et ce, avec un suivi de 36 mois et un faible nombre de perdus de vue. Les limites de notre étude sont principalement un manque de puissance dû à un faible échantillonnage.

Conclusion

Dans notre étude, l'association d'une bandelette sous-urétrale à la promonto-fixation coelioscopique en cas d'IUE patente améliore significativement l'incontinence urinaire à l'effort et par urgenterie. La chirurgie combinée pour

IUE masquée ne crée pas de dysurie de novo. La promonto-fixation non associée à une BSU lorsque l'IUE n'était pas retrouvée en préopératoire semble favoriser la survenue d'incontinence de novo (IUU et d'IUE) mais réduit significativement la dysurie.

Nos résultats soulignent également la difficulté de porter l'indication d'une bandelette sous-urétrale en association à la promonto-fixation sur le seul examen clinique. Les bénéfices et les risques de la chirurgie combinée doivent être clairement expliqués à la patiente, qui doit pouvoir prendre part au choix de la stratégie thérapeutique.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Fritel X, Fauconnier A, Bader G, Cosson M, Debodinance P, Defieux X, et al. Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;151(1):14–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.02.041> [Epub 2010 Mar 16. PMID: 20236751].
- [2] Borstad E, Abdelnoor M, Staff AC, Kulseng-Hanssen S. Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J* 2010;21:179–86.
- [3] Groutz A, Gold R, Puzner D, Lessing JB, Gordon D. Tension-free vaginal tape (TVT) for the treatment of occult stress urinary incontinence in women undergoing prolapse repair: a prospective study of 100 consecutive cases. *Neurourol Urodyn* 2004;23:632–5.
- [4] Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Visco A, Weber AM, Cundiff GW, et al. Two-year outcomes after sacrocolpopexy with and without burch to prevent stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2008;112:49–55.
- [5] Gadonneix P, Ercoli A, Salet-Lizée D, Cotelle O, Bolner B, Van Den Akker M, et al. Laparoscopic sacrocolpopexy with two separate meshes along the anterior and posterior vaginal walls for multicompartiment pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:29–35.
- [6] Hermieu J-F, Conquy S, Leriche B, Debodinance P, Delorme E, Boccon Gibod L, et al. Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. *Prog Urol* 2010;20:S94–9.
- [7] Nilsson CG, Palva K, Rezapour M, Falconer C. Eleven years prospective follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1043–7.
- [8] Bader G, Koskas M. Complications des bandelettes sous-urétrales dans la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort féminine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2009;38:S201–11.
- [9] Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Ogah J. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;7:1–281, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006375.pub3>.
- [10] Fatton B. Is there any evidence to advocate SUI prevention in continent women undergoing prolapse repair? An overview. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:235–45.
- [11] Perez T, Crochet P, Descargues G, Tribondeau P, Soffray F, Gadonneix P, et al. Laparoscopic sacrocolpopexy for management of pelvic organ prolapse enhances quality of life at

- one year: a prospective observational study. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18:747–54.
- [12] Wagner L, Fatton B, Delmas V, Haab F, Costa P. Traitement chirurgical du prolapsus par voie haute et incontinence urinaire d'effort associée. *Prog Urol* 2009;19:1014–8.
- [13] de Tayrac R, Deval B, Fernandez H, Marès P. Validation linguistique en français des versions courtes des questionnaires de symptômes (PFDI-20) et de qualité de vie (PFIQ-7) chez les patientes présentant un trouble de la statique pelvienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007;36:738–48.
- [14] Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29:4–20.
- [15] Stav K, Dwyer PL, Rosamilia A, Schierlitz L, Lim YN, Lee J. Risk factors of treatment failure of midurethral sling procedures for women with urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J* 2009;21:149–55.
- [16] Visco AG, Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Cundiff G, Fine P, et al. The role of preoperative urodynamic testing in stress-continent women undergoing sacrocolpopexy: the Colpopexy and Urinary Reduction Efforts (CARE) randomized surgical trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:607–14.
- [17] Lensen EJM, Withagen MIJ, Kluijvers KB, Milani AL, Vierhout ME. Urinary incontinence after surgery for pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn* 2013;32:455–9.
- [18] Leruth J, Fillet M, Waltregny D. Incidence and risk factors of postoperative stress urinary incontinence following laparoscopic sacrocolpopexy in patients with negative preoperative prolapse reduction stress testing. *Int Urogynecol J* 2013;24:485–91.
- [19] Jain P, Jirschele K, Botros SM, Latthe PM. Effectiveness of midurethral slings in mixed urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2011;22:923–32.
- [20] Misraï V, Rouprêt M, Cour F, Chartier-Kastler E, Richard F. De novo urinary stress incontinence after laparoscopic sacral colpopexy. *BJU Int* 2008;101:594–7.