

## Incontinence urinaire : et si les bandelettes étaient la solution ?

Paris, le 11 janvier 2017 • **Apparues au milieu des années 90, les bandelettes sous-urétrales ont révolutionné la prise en charge des incontinenances urinaires d'effort. Vingt ans plus tard, le succès de cette technique simple et peu invasive ne se dément pas.**

La première bandelette urinaire sous-urétrale a été posée en 1995 par son inventeur, le suédois Ulf Ulmsten. Deux ans plus tard, la méthode se diffusait en France. Depuis, elle est devenue le *gold standard* pour soigner les incontinenances urinaires d'effort insuffisamment soulagées par la rééducation périnéale.

Les fuites urinaires sont consécutives à un défaut de soutien ou à une altération du sphincter de la vessie, muscle qui entoure l'urètre et sert de "robinet" à la vessie. La pose de bandelettes vise à renforcer cette zone fragilisée.

### Quelles techniques ?

**La TVT (*tension-free vaginal tape*)**, bandelette d'une trentaine de centimètres de long, est insérée en arrière du pubis. Elle est positionnée en U sous l'urètre, le canal qui relie la vessie à la vulve. Les deux bras remontent de chaque côté et ressortent juste au-dessus de la vulve, au ras du pubis.

Un urologue français, le Dr Emmanuel Delorme, a proposé une autre voie, la TOT. **La TOT (*trans-obturator tape*)** est plus horizontale que la TVT : elle traverse les muscles abducteurs des cuisses et ses extrémités émergent à la face interne de la cuisse sous le pli inguinal.

"*Ces bandelettes sont insérées au moyen de deux grandes aiguilles*", explique le Dr Denis Prunet, urologue à la clinique Pasteur à Royan et membre du conseil d'administration de l'AFU. La pose de la bandelette peut se faire sous anesthésie locale mais la majorité des praticiens proposent une anesthésie générale ou une rachianesthésie. Le chirurgien réalise une petite incision dans le vagin, sous l'urètre. Il sort les deux extrémités de la bandelette soit au niveau du pubis au-dessus de la vulve (TVT), soit à la racine de la cuisse (TOT). Il règle ensuite la tension du dispositif en tirant sur les deux aiguilles. Quand la bandelette est correctement positionnée, il coupe les extrémités au ras de la peau et referme les incisions vaginales et cutanées.

Les bandelettes sont habituellement en **polypropylène, un matériau choisi par Ulf Ulmsten car il induit peu de rejets** et d'intolérances. Ces interventions sont réalisées pour moitié par des urologues et pour moitié par des gynécologues. Il faut compter une vingtaine de minutes pour poser une bandelette.

### Pour qui ?

Les bandelettes sont indiquées uniquement en cas d'**incontinence urinaire d'effort**. Pour ces incontinenances, la rééducation périnéale reste le traitement de première intention. Mais chez les femmes qui ont une incontinence importante ou lorsque malgré une rééducation bien conduite, les fuites urinaires persistent, la bandelette est alors la solution idoine. En cas

d'impossibilité de placer une bandelette (par exemple chez les femmes qui ont un sphincter très faible ou celles qui ont déjà été opérées plusieurs fois), il reste des solutions de recours comme le sphincter artificiel ou les ballons péri-urétraux.

*"Une évaluation rigoureuse de l'équilibre vésico-sphinctérien, réalisée au moyen d'un examen clinique associé éventuellement à un bilan urodynamique est nécessaire afin de bien poser l'indication d'incontinence urinaire d'effort",* précise le Dr Prunet. **La bandelette a totalement révolutionné la prise en charge de ce type d'incontinence du fait de sa simplicité et son caractère mini-invasif** mais aussi par **la durabilité de son résultat**. *"Les techniques utilisées naguère fonctionnaient bien mais on observait de fréquentes récurrences dans le temps. Avec la bandelette, les dégradations du résultat sur le long terme sont extrêmement rares"*. Mais le sphincter est un muscle qui, avec l'âge, et notamment avec la ménopause, va s'affaiblir. Au bout d'un certain nombre d'années, l'incontinence peut réapparaître...

### L'homme aussi a ses bandelettes...

Les bandelettes sous urétrales ont été développées pour l'homme. Elles sont principalement prescrites dans les cas d'incontinences consécutives à une prostatectomie. *"Le taux d'incontinence urinaire après prostatectomie est assez faible avec les améliorations techniques dont a bénéficié cette intervention et cela quelque soit la voie d'abord"* constate le Dr Prunet. *"Mais il est intéressant d'avoir une solution à proposer aux hommes."* Cette méthode est plus simple et moins pénalisante que le sphincter artificiel qui était la seule solution auparavant. La bandelette pour homme est de forme un peu différente ; elle est légèrement plus compliquée à poser. Ses résultats sont également un peu moins bons (de l'ordre de 70 % contre 80 à 85 % chez la femme).

### TOT ou TVT, quelle est la meilleure méthode ?

Les deux méthodes sont efficaces. Chacune a ses avantages et ses inconvénients. La TOT est plus simple à réaliser alors que la TVT peut entraîner des plaies de vessie et des dysuries (jet faible, difficulté à vidanger sa vessie). Inversement la TOT engendre parfois des douleurs postopératoires car pour poser la bandelette, le chirurgien traverse le "trou obturateur" par lequel passent les petits nerfs du pelvis. Ces complications sont rares et il est exceptionnel que l'on doive retirer une bandelette en raison d'effets secondaires. La TOT est plus pratiquée que la TVT mais cette dernière garde des indications, en particulier si la patiente est obèse ou si son sphincter est particulièrement faible.

### Et si la bandelette est trop ou pas assez tendue ?

Lorsque la bandelette est trop tendue ou si la vessie de la patiente a peu de contractions naturelles, l'intervention peut entraîner des difficultés pour uriner. Le chirurgien pourra dans les jours qui suivent l'intervention détendre la bandelette. Quand la dysurie survient plus tardivement, il sectionnera la bandelette pour redonner un peu de laxité à l'urètre. Si inversement la bandelette n'est pas assez tendue (situation rare), il est possible de repositionner ultérieurement une seconde bandelette.

## La bandelette risque-t-elle de se détacher ?

Elle n'est pas fixée ; elle s'incruste dans les tissus. Le polypropylène ressemble au voile de mariée, il va être peu à peu colonisé par les tissus de la patiente. La structure de la bandelette renforce donc de manière naturelle les tissus qui se sont relâchés sous l'effet des grossesses, de l'âge et du climat hormonal. La colonisation se fait sur 4 semaines environ. Pendant cette période, des précautions doivent être prises pour que la bandelette ne se déplace pas. On évite les efforts brusques, le sport et les rapports sexuels. Après cette période, il n'y a plus de précautions particulières à prendre.

### En chiffres

20 minutes d'intervention requises pour poser une bandelette.

85 % de guérison chez les femmes incontinentes.

Environ 30000 bandelettes posées par an (*en 2015 selon les données PMSI : 25161 bandelettes TOT, 6293 TVT*).

Une femme sur 5 souffre d'incontinence urinaire d'effort.

4 semaines : temps nécessaire pour qu'une fibrose se crée autour de la bandelette et que celle-ci soit incrustée dans les tissus.

### Quoi de neuf en 2017 ?

Une nouvelle génération de "mini-bandelettes" s'est développée ces dernières années. *"Si la première génération avait entraîné de nombreuses déceptions (la bandelette était juste posée et se déplaçait au moindre effort), ces dispositifs sont en revanche très prometteurs"*, estime le Dr Marc Géraud, urologue à Compiègne et membre du CA de l'AFU. *"On ne devrait d'ailleurs plus parler de mini-bandelettes car elles sont de taille normale mais de bandelettes "transmembranaires" (TMT) suggère le spécialiste.* En pratique ces nouveaux dispositifs sont positionnés comme les TOT mais au lieu de ressortir à l'extérieur, à la racine de la cuisse, ils s'ancrent, à la manière d'une ancre de bateau, à l'intérieur, dans la membrane obturatrice. Ce système est comparable au TOT en matière de résultats, et il présente deux avantages :

- une nette diminution de la douleur en postopératoire,
- un ancrage très solide qui permet à la femme de reprendre plus rapidement une activité sportive sans crainte que le dispositif ne bouge.

Enfin, au lieu de trois incisions comme dans le TVT et le TOT, la mini-bandelette n'en nécessite plus qu'une seule, à 1 cm sous le méat vaginal. L'intervention peut se réaliser sous anesthésie locale.

### À propos de l'AFU

*L'Association Française d'Urologie est une société savante représentant plus de 90 % des urologues exerçant en France (soit 1 133 médecins). Médecin et chirurgien, l'urologue prend en charge l'ensemble des pathologies touchant l'appareil urinaire de la femme et de l'homme (cancérologie, incontinence urinaire, troubles mictionnels, calculs urinaires, insuffisance rénale et greffe), ainsi que celles touchant l'appareil génital de l'homme. L'AFU est un acteur de la recherche et de l'évaluation*

