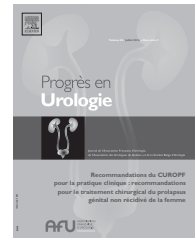




Disponible en ligne sur  
SciVerse ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

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



# Traitement de l'incontinence urinaire associée au prolapsus génital : Recommandations pour la pratique clinique

*Treatment of Urinary incontinence associated with genital prolapse:  
Clinical practice guidelines*

A. Cortesse<sup>a,\*</sup>, V. Cardot<sup>b</sup>, V. Basset<sup>c</sup>, L. Le Normand<sup>d</sup>,  
L. Donon<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Service d'urologie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, Paris, France

<sup>b</sup>Département d'urologie, pôle de santé du Plateau, 3, avenue de Villacoublay, 92360 Meudon, France

<sup>c</sup>Clinique de Bercy, 9, quai de Bercy, 94220 Charenton-le-Pont, France

<sup>d</sup>Service urologie, CHU Nantes, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes Cedex 1, France

<sup>e</sup>Polyclinique Côte Basque Sud, 7, rue Léonce-Goyetche, 64500 Saint-Jean-de-Luz, France

## MOTS-CLÉS

Prolapsus génital ;  
Traitement  
chirurgical ;  
Incontinence  
urinaire ;  
Recommandations

## Résumé

**Objectif :** Prolapsus et incontinence urinaire sont fréquemment associés. L'incontinence urinaire à l'effort (IUE) patente ou avérée est définie par une fuite d'urine survenant à la toux ou au Valsalva, en l'absence de toute manœuvre de réduction du prolapsus. L'incontinence urinaire masquée se traduit par une fuite d'urine survenant lors de la réduction du prolapsus au cours de l'examen clinique chez une patiente ne décrivant pas de symptômes d'incontinence à l'état basal. L'objet de ce chapitre est de réfléchir à la question de la prise en charge systématique ou non d'une IUE, patente ou masquée, lors de la cure d'un prolapsus des organes pelviens par voie haute ou par voie basse.

**Matériel et méthodes :** Ce travail s'appuie sur une revue systématique de la littérature (PubMed, Medline, Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews, EMBASE) concernant les méta-analyses, essais randomisés, registres, revues de la littérature, études contrôlées et grandes études non contrôlées publiés sur le sujet. Sa réalisation a suivi la méthodologie de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant les recommandations pour la pratique clinique, avec un argumentaire scientifique (accompagné du niveau de preuve, NP) et un grade de recommandation (A, B, C et accord professionnel, AP).

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ariane.cortesse@sls.aphp.fr (A. Cortesse)

**Résultats :** En cas d'IUE patente, la cure concomitante du prolapsus et de l'IUE réduit le risque d'IUE postopératoire. Cependant le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 30 % des IUE préopératoires. Le traitement concomitant de l'IUE expose à une morbidité spécifique d'hyperactivité vésicale et de dysurie.

La présence d'une IUE masquée représente un risque d'IUE postopératoire, mais il n'existe pas de test clinique ou urodynamique permettant de prédire de manière individuelle le risque d'IUE postopératoire. Par ailleurs, le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 60 % des IUE masquées. Le traitement concomitant de l'IUE masquée expose donc là aussi à un surtraitement et à une morbidité spécifique d'hyperactivité vésicale et de dysurie.

**Conclusion :** En cas d'IUE, patente ou masquée, le traitement concomitant de l'IUE et du prolapsus réduit le risque d'IUE postopératoire mais expose à une morbidité spécifique de dysurie et d'hyperactivité vésicale (NP3). Le traitement isolé du prolapsus permet souvent à lui seul de traiter une IUE préopératoire. On peut proposer de ne pas traiter l'IUE, qu'elle soit patente ou masquée, dans le même temps à condition de prévenir les patientes de l'éventualité d'une chirurgie en deux temps (grade C).

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

## KEYWORDS

Pelvic organ prolapse;  
Surgical treatment;  
Urinary incontinence;  
Guidelines

## Summary

**Introduction:** Prolapse and urinary incontinence are frequently associated. Patent (or proven) stress urinary incontinence (SUI) is defined by a leakage of urine that occurs with coughing or Valsalva, in the absence of any prolapse reduction manipulation. Masked urinary incontinence results in leakage of urine occurring during reduction of prolapse during the clinical examination in a patient who does not describe incontinence symptoms at baseline. The purpose of this chapter is to consider on the issue of systematic support or not of urinary incontinence, patent or hidden, during the cure of pelvic organs prolapse by abdominal or vaginal approach.

**Material and methods:** This work is based on a systematic review of the literature (PubMed, Medline, Cochrane Library, Cochrane database of systematic reviews, EMBASE) for meta-analyses, randomized trials, registries, literature reviews, controlled studies and major not controlled studies, published on the subject. Its implementation has followed the methodology of the HAS on the recommendations for clinical practice, with a scientific argument (with the level of evidence, NP) and a recommendation grade (A, B, C, and professional agreement).

**Results:** In case of patent IUE, concomitant treatment of prolapse and SUI reduces the risk of postoperative SUI. However, the isolated treatment of prolapse can treat up to 30% of preoperative SUI. Concomitant treatment of SUI exposed to a specific overactive bladder and dysuria morbidity.

The presence of a hidden IUE represents a risk of postoperative SUI, but there is no clinical or urodynamic test to predict individually the risk of postoperative SUI. Moreover, the isolated treatment of prolapse can treat up to 60% of the masked SUI. Concomitant treatment of the hidden IUE therefore exposes again to overtreatment and a specific overactive bladder and dysuria morbidity.

**Conclusion:** In case of overt or hidden urinary incontinence, concomitant treatment of SUI and prolapse reduces the risk of postoperative SUI but exposes to a specific overactive bladder and dysuria morbidity (NP3). The isolated treatment of prolapse often allows itself to treat preoperative SUI. We can suggest not to treat SUI (whether patent or hidden) at the same time, providing that women are informed of the possibility of 2 stages surgery (Grade C).

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

## Matériel et méthodes

Ce travail s'appuie sur une revue systématique de la littérature (*PubMed, Medline, Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews, EMBASE*) concernant les méta-analyses, essais randomisés, registres, revues de

la littérature, études contrôlées et études non contrôlées publiés sur le sujet jusqu'en décembre 2014 lorsque les études randomisées ne permettaient pas de conclure. Mots-clés utilisés (MeSH et non-MeSH) : *pelvic organ prolapse ; cystocele ; urinary incontinence*. Les rédacteurs ont synthétisé la littérature pour chacune des questions abordées : faut-il

traiter systématiquement l'incontinence d'effort patente lors de la cure d'un prolapsus vaginal ? Faut-il traiter une incontinence masquée lors de la cure d'un prolapsus vaginal ? Les recommandations ont été élaborées par un groupe de travail multidisciplinaire puis ces recommandations ont été relues et amendées par un groupe de relecteurs également multidisciplinaire (urologues, gynécologues, gastro-entérologues et chirurgiens). La méthodologie suit au mieux les recommandations de la HAS avec un argumentaire scientifique pour chaque question (accompagné du NP) et les recommandations, gradées (A, B, C et accord d'experts) et validées à l'issue de la phase de relecture [1].

### Faut-il traiter systématiquement l'incontinence d'effort patente lors de la cure d'un prolapsus vaginal ?

Prolapsus et incontinence urinaire sont fréquemment associés, relevant de mécanismes physiopathologiques proches. L'IUE patente ou avérée est définie par une fuite d'urine survenant à la toux ou au Valsalva, en l'absence de toute manœuvre de réduction du prolapsus.

### Quelle est l'incidence de l'IUE patente chez les femmes présentant un prolapsus génito-urinaire ?

L'IUE symptomatique est plutôt associée aux prolapsus de bas grade tandis que les prolapsus plus importants sont plutôt associés à des phénomènes obstructifs par l'effet pelote qu'ils entraînent (NP2) [1-5]. Chez les patientes qui présentent un prolapsus de grade 2, environ 55 % d'entre elles ont une incontinence patente associée, alors que la prévalence diminue pour des prolapsus de grades plus élevés (33 % pour les grades 4) [6].

L'association d'un prolapsus et d'une incontinence urinaire patente légitime pour beaucoup d'associer un geste urinaire à la cure de prolapsus.

Plusieurs essais dans la littérature décrivent le taux d'IUE chez les patientes faisant l'objet d'une cure de prolapsus avec ou sans geste urinaire associé. Mais les gestes effectués pour agir sur la continence sont très variables : plicature des ligaments pubo-urétraux, suspension à l'aiguille, colposuspension de Burch, et bandelette sous-urétrale (BSU).

### Quels sont les résultats du traitement simultané de l'IUE et du prolapsus selon la voie d'abord ?

#### *Lors de la cure d'un prolapsus par voie haute*

F. Rozet rapporte une série rétrospective (NP4) de 363 promontofixations coelioscopiques dont 163 patientes présentaient une IUE patente en préopératoire [7]. Celles-ci ont eu une bandelette TVT dans le même temps opératoire. Dans les antécédents des patientes de la série, 38 patientes (12 %) avaient fait l'objet d'un Burch. Parmi les 363 opérées de promontofixation, 19 patientes ont développé une incontinence par urgenturie (5 %) alors qu'elles n'avaient pas eu

de pose de TVT associée. Deux ont présenté une rétention. Elles avaient fait l'objet d'une pose de TVT dont la section a résolu le problème.

E. Costantini, dans une étude randomisée monocentrique (NP2), a évalué l'intérêt de la réalisation d'un Burch lors d'une promontofixation chez 47 patientes présentant un prolapsus et une incontinence urinaire préopératoire (13 IUE pure, 30 IU mixte, 4 IU masquée) [8]. Ces dernières étaient comparables pour l'âge, le poids, les antécédents chirurgicaux, les comorbidités, le type et le stade du prolapsus. Il n'y avait pas de différence entre les patientes opérées de promontofixation avec ( $n = 24$ ) ou sans Burch associé ( $n = 23$ ) sur les résultats sur la continence postopératoire (54,2 % vs 39,1 % toujours incontinentes après l'intervention,  $p = 0,459$ ). Les patientes étaient améliorées dans les deux groupes concernant les questionnaires UDI-6 et IIQ-7, sans différence significative entre les groupes. Les symptômes préopératoires à type de trouble de la vidange étaient améliorés dans les deux groupes. Une patiente dans chaque groupe a présenté une rétention d'urines de résolution spontanée après 3 à 5 jours de sondage. Les symptômes de la phase de remplissage étaient améliorés dans les deux groupes. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes sur l'apparition d'urgenturies *de novo* (2/24 [8,3 %] vs 1/23 [4,3 %]).

#### *Lors de la cure d'un prolapsus par voie basse*

##### *Chirurgie voie basse sans prothèse*

Dans une étude randomisée (NP1), E. Borstad et al. ont comparé chirurgie du prolapsus par voie basse et pose de bandelette TVT associée (groupe 1,  $n = 87$ ) vs TVT à 3 mois (groupe 2,  $n = 94$ ), chez des patientes présentant un prolapsus des organes pelviens associé à une incontinence urinaire patente ou masquée (patientes se présentant comme incontinentes pessaire en place) [9]. Dans le groupe de patientes ayant eu un traitement combiné, 83/97 (95 %) étaient guéries de leur incontinence. Dans le groupe de patientes traitées initialement de leur prolapsus seul, 27/94 (29 %) étaient continentales à 3 mois, 14 présentaient une incontinence mais n'ont pas eu de TVT ensuite (incontinence peu invalidante et/ou refus de TVT), ainsi 53 ont eu une pose de bandelette TVT à 3 mois qui a guéri 47 d'entre elles (89 %). À 1 an, il y avait donc une différence significative sur l'analyse « en intention de traiter » entre les deux groupes : 83/87 (95 %) vs 74/94 (78 %) de patientes continentales ( $p < 0,001$ ). Mais il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes selon l'analyse en termes de patientes traitées : 83/87 (95 %) vs 47/53 (89 %) ( $p = 0,17$ ). Il n'y avait pas de différence significative non plus concernant les complications postopératoires. On retiendra cinq troubles de la vidange vésicale postopératoire dans le groupe avec TVT, de résolution spontanée. Lors de la pose de TVT à 3 mois dans le groupe 2, cinq patientes ont présenté des complications postopératoires (5/53, soit 9 %) : deux hématomes, une infection, deux rétentions ayant nécessité une réintervention.

##### *Chirurgie voie basse avec prothèse*

Depuis l'utilisation plus large des prothèses dans la chirurgie du prolapsus par voie vaginale, et notamment des prothèses

antérieures avec bras transobturateurs, certains nuancent aujourd'hui cette attitude de traitement systématique du prolapsus et de l'incontinence même en cas d'IUE patente. Le bénéfice de l'association systématique d'un traitement de l'IUE lors d'un traitement du prolapsus par voie basse semble en effet discutable, notamment en raison de l'effet « TVT like » des prothèses antérieures munies de bras transobturateurs.

Les études rapportées ci-dessous sont données à titre d'information dans la mesure où nous ne recommandons pas la pose de prothèse en première intention en cas de chirurgie par voie vaginale pour le traitement de prolapsus non récidivé.

Les taux cumulés de succès concernant l'IUE après colporraphie antérieure étaient de 48 % dans deux essais randomisés (19/40) [10,11].

- M. Colombo et al. ont comparé colposuspension de Burch et colporraphie antérieure chez des femmes présentant un prolapsus antérieur et une IUE patente [11]. Alors que les patientes tiraient bénéfice de la colposuspension concernant l'IUE (86 % [30/35] guéries de leur incontinence vs 52 % [17/33]), la colporraphie antérieure corrigeait mieux le prolapsus (traitement de la cystocèle pour 23/35 Burch vs 32/33 colporraphie)...
- M. Colombo toujours, dans une étude prospective randomisée monocentrique (NP1), a étudié les résultats chez les patientes présentant une incontinence urinaire patente ou masquée et un prolapsus associé [12]. Parmi les patientes avec une incontinence urinaire patente, 15 ont été traitées par plicature des pubo-urétraux, et 21 par la technique de Pereyra en plus de leur cure de cystocèle (mais il n'est pas décrit la technique utilisée pour la cystopexie...). Avec un recul de 5 ans, les patientes présentent une incontinence urinaire persistante pour 40 et 29 % respectivement et une hyperactivité vésicale symptomatique pour 4 et 2 % respectivement.
- Dans une étude rétrospective (NP4), H. Kanasaki et al. ont étudié la prévalence d'IUE chez 105 patientes opérées de prolapsus par voie basse avec pose de prothèse. Cinquante patientes avaient une IUE patente. Elles ont été **guéries de leur IUE pour 14 d'entre elles (28 %) par la chirurgie du prolapsus seule** [13].
- Dans une étude prospective observationnelle longitudinale (NP3), F. Sergent et al. ont évalué les résultats urinaires d'une cohorte de 74 patientes présentant un prolapsus antérieur de degré 2 ou plus associé à une incontinence urinaire (avérée ou masquée) et ayant bénéficié de la mise en place d'une prothèse Ugytex (collagène d'origine porcine) par voie transobturatrice [14]. Avec un recul moyen de 36 mois, **72 % des femmes sont guéries de leur incontinence**.
- Dans une étude observationnelle rétrospective (NP4), K.-L. Shek rapporte des résultats encore meilleurs [15]. Il a analysé la continence postopératoire chez 93 patientes opérées par voie vaginale avec pose d'une prothèse antérieure transobturatrice (Perigee ou Prolift antérieur). Parmi ces femmes, 57 n'avaient pas eu de geste urinaire concomitant. Avec un recul de 9 mois, 21 des 24 patientes incontinentes avant l'intervention (**87,5 % ont été guéries ou améliorées en postopératoire**, alors que 7 patientes parmi les 33 (21,2 %) ne se plaignant pas d'incontinence en préopératoire ont signalé une IUE *de novo* après la chirurgie.

- R. de Tayrac, dans une étude rétrospective cas/contrôle (NP4), rapporte les résultats parmi 29 patientes présentant une incontinence urinaire patente et opérées par voie basse avec pose de prothèse pour leur prolapsus [16]. Parmi elles, 15 ont fait l'objet d'une pose de bandelette TVT (recul 17,3 ± 11,4 mois [7-36]), les 14 autres n'ont pas eu de geste urinaire associé (recul 24,1 ± 6,7 mois [13-41]). En postopératoire, **6,7 % des patientes ayant eu une bandelette TVT restent incontinentes contre 35,7 % du groupe sans geste urinaire associé**. La pose de bandelette TVT paraît donc plus efficace pour prévenir l'IUE postopératoire chez les patientes avec une IUE avérée en préopératoire.
- Les études prospectives utilisant des prothèses avec bras transobturateur sans geste urinaire associé retrouvent un taux de succès cumulatif pour l'IUE de 61 % (81/132). Ces taux de succès augmentent considérablement si une BSU est posée de façon concomitante (taux de succès cumulé de 99 % [235/237]) (NP3) [17-21].

### Faut-il traiter systématiquement l'incontinence d'effort patente lors de la cure d'un prolapsus vaginal ?

Les résultats sur la réalisation conjointe d'une cure de prolapsus et d'une chirurgie pour incontinence chez les patientes présentant une IUE patente sont contradictoires et il est difficile d'établir des recommandations.

Que ce soit dans la méta-analyse de J. M. Van der Ploeg [22], ou dans l'analyse de la *Cochrane* [23], on ne retient finalement que deux essais randomisés [8,9] concernant les patientes présentant un prolapsus et une IUE patente (tableau 1).

- L'étude de E. Borstad montrait une incidence plus faible d'IUE persistante (5 % vs 21 %) et de traitement complémentaire (0 % vs 56 %) chez les patientes qui avaient bénéficié d'une pose de BSU en même temps que leur cure de prolapsus [9]. Mais l'on notera aussi que 26 % étaient guéries de leur incontinence sans aucun geste associé.
- L'étude de E. Costantini ne retrouvait pas de différence significative entre les patientes ayant eu une promontofixation avec ou sans colposuspension de Burch associée [8].
- Si l'on pool les deux études, les patientes présentant un prolapsus et une IUE patente et faisant l'objet d'une chirurgie du prolapsus sans geste urinaire associé ont plus de risque de présenter une IUE postopératoire persistante que celles ayant un geste urinaire dans le même temps que la chirurgie du prolapsus (65 % [76/117] vs 15 % [17/111]) (RR = 4,36 ; IC 95 % : 2,68-7,10).

Les autres études qui ont un NP beaucoup plus faible sont clairement en faveur d'un traitement dans le même temps. Mais on sait aujourd'hui que le taux de complications d'une bandelette en terme de dysurie, obstruction, infections est autour de 10 %, ce qui n'apparaît pas sur ces études qui sont rétrospectives.

En conclusion, pour l'IUE patente, il n'y a pas d'étude randomisée permettant d'évaluer le résultat d'une BSU associée à une promontofixation ; seule la colposuspension

**Tableau 1.** Études randomisées du traitement concomitant ou non de l'incontinence urinaire à la cure de prolapsus.

	Avec geste urinaire combiné			Sans geste urinaire (ou geste différé)			
	Persistance IUE	Urgenturie de novo	Dysurie de novo	Persistance IUE	Urgenturie de novo	Dysurie de novo	Guéries de leur IUE sans geste urinaire
Voie haute/ Burch (Costantini 2008 [8])	13/24 (54,2 %)	2/24 (8,3 %)	1/24 (4,16 %)	9/23 (39,1 %)	1/23 (4,3 %)	1/23 (4,3 %)	14/23 (60,9 %)
Voie basse/ TVT (Borstad 2010 [9])	4/87 (4,59 %)	-	5/87 (5,74 %)	67/94 (71 %) <b>mais</b> 53/94 : IUE ont eu BSU (47/53 guéries ensuite) 14/94 : IUE et refus BSU 27/94 : guéries sans rien = 20/94 (21,27 %) à M3	-	2/94 (2,12 %)	27/94 (28,7 %)

IUE : incontinence urinaire à l'effort ; BSU : bandelette sous-urétrale.

selon Burch a été évaluée dans un essai randomisé, sans montrer de bénéfice (NP2) [23]. Le traitement isolé du prolapsus (sans geste urinaire) par voie vaginale avec prothèse sous-vésicale transobturatrice permet de traiter environ 60 % des IUE préopératoires patentes (NP3) [23]. Le traitement concomitant de l'IUE expose à une morbidité spécifique de dysurie et d'hyperactivité vésicale (NP3).

Les résultats de l'étude randomisée multicentrique CUPIDO I (et II) en cours comparant chirurgie du prolapsus isolée ou associée à un geste sur la continence urinaire en cas d'IUE patente (ou occulte) nous permettront probablement d'améliorer la stratégie chirurgicale et cas d'incontinence urinaire patente associée à un prolapsus des organes pelviens.

**Recommandations :**

- La cure concomitante du prolapsus et de l'IUE patente réduit le risque d'IUE postopératoire (NP1).
- Cependant le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 30 % des IUE préopératoires.
- Le traitement concomitant de l'IUE expose à une morbidité spécifique d'hyperactivité vésicale et de dysurie (NP3).
- On peut proposer de ne pas traiter l'IUE patente dans le même temps que la chirurgie du prolapsus, à condition de prévenir les patientes de l'éventualité d'une chirurgie en deux temps (grade C).

**Faut-il traiter une incontinence masquée lors de la cure d'un prolapsus vaginal ?**

L'Association internationale urogynécologique (IUGA) et la Société internationale de continence (ICS) en 2010 ont défini l'IUE masquée comme une fuite d'urine survenant au décours d'un effort de toux après réduction du prolapsus au cours de l'examen clinique chez une patiente ne se plaignant pas de symptômes d'incontinence à l'état basal [24].

Le but de cette revue de littérature est de savoir si en présence d'une incontinence urinaire masquée, il faut recommander la pose d'une BSU dans le même temps opératoire que le traitement du prolapsus ou dans un deuxième temps s'il apparaît une IUE.

**Quelle est l'incidence de l'IUE masquée ?**

L'IUE masquée et le prolapsus vaginal partagent certains facteurs de risque (NP2) [25], mais l'incidence de l'IUE masquée varie selon les études (de 10 à 80 %) (NP2) [9, 26, 27] et selon la méthode clinique de réduction du prolapsus qui peut se faire avec un pessaire, une large pince, une hémivalve de spéculum, un tampon vaginal. Dans l'étude CARE (NP1), le pessaire donne le plus faible taux de détection (6 %) et le spéculum le taux le plus élevé (30 %) [27]. Les femmes présentant une IUE masquée sont classiquement considérées à haut risque d'IUE *de novo* postopératoire (NP2) [28,29]. La méta-analyse de J. M. Van der Ploeg (NP1) montre que dans le groupe d'IUE masquée, il faut traiter trois femmes pour prévenir une incontinence *de novo* [22].

**Quel est le risque de développer une IUE de novo après cure de prolapsus en cas d'IUE masquée ?**

Le risque d'apparition d'une IUE *de novo* après correction chirurgicale d'un prolapsus chez une patiente continente varie entre 9 et 17 % (NP2) [30]. Dans une étude récente, H. Al-Mandeel et al. (NP2) estiment que le risque de développer une IUE *de novo*, modérée ou sévère, chez les femmes continentales est de 32 %, donc largement supérieur aux données rapportées ci-dessus [31].

De nombreux auteurs considèrent que l'IUE masquée est un facteur clé de risque d'incontinence postopératoire. L'étude CARE (NP1), la plus importante sur le sujet, montre un risque significatif d'IUE *de novo* lorsqu'il existe

une IUE masquée (58 % contre 38 %) [27]. L'étude de R. Svenningsen et al. (NP2) confirme ces résultats en montrant qu'une IUE masquée, constatée après correction par un pessaire, avec un remplissage vésical de 300 mL, est associée de façon significative à une IUE *de novo* (50 % contre 13 %) [32]. Ce risque est retrouvé par de nombreux auteurs (NP2) [33-37].

À l'opposé, d'autres études retrouvent une absence de valeur prédictive de la présence d'une IUE masquée sur la continence postopératoire. Dans une étude rétrospective portant sur 493 patientes opérées dont 133 avaient une IUE masquée préopératoire, S. Ennemoser et al. (NP4) ont retrouvé 28,1 % d'IUE *de novo* (chiffre comparable à ceux des patientes sans IUE masquée) [38]. Cependant, seulement 5 % des patientes ont eu besoin d'une BSU.

Ces résultats montrent les limites du diagnostic clinique de l'incontinence masquée.

C'est pourquoi, plusieurs auteurs ont étudié l'intérêt d'un bilan urodynamique (BUD) systématique afin d'objectiver l'IUE masquée et d'estimer le risque d'IUE postopératoire. Dans l'étude CARE, les résultats sont décevants avec une faible sensibilité et spécificité (respectivement 24 % et 88 %) dans la prédiction d'une IUE *de novo* [27].

D'un point de vue économique, l'étude de M. L. Richardson et al. (NP1) montre que la réalisation systématique d'un BUD augmente de façon significative le coût de la prise en charge, sans réelle modification d'indication thérapeutique [39].

Ces différentes études confirment la difficulté de mettre en évidence une incontinence urinaire masquée de façon reproductible. Elles mettent en évidence un taux d'IUE *de novo* postopératoire élevé mais ne permettent pas de prédire de façon individuelle la nécessité de poser une BSU dans le même temps opératoire.

### Quels sont les arguments en faveur du traitement d'une IUE masquée dans le même temps que la chirurgie du prolapsus ?

Plusieurs auteurs plaident pour une chirurgie en un temps en cas d'IUE masquée associée à un prolapsus vaginal.

L'étude prospective randomisée de J. T. Wei et al. (NP1) compare le placement ou non d'une BSU lors de la cure de prolapsus, chez les patientes continentales [40]. Il distingue un sous-groupe de patientes ayant une IUE masquée en préopératoire définie par l'existence d'une IUE lors de la réduction du prolapsus à l'aide d'un ou deux cotons-tiges et une vessie remplie à 300 mL. Les résultats sont en faveur d'une diminution du taux d'IUE *de novo*, au prix de complications légèrement plus fréquentes. L'étude de sous-groupe des 33,5 % des femmes qui avaient une IUE masquée montre que 29,6 % des patientes ayant eu la pose d'une BSU concomitante gardent une IUE à 3 mois (vs 71,9 % dans le groupe sans bandelette,  $p = 0,06$ ). Cependant cette différence n'est plus significative à 1 an postopératoire ( $p = 0,16$ ). Les complications plus fréquentes étaient les perforations vésicales (6,7 % contre 0 %), les infections urinaires (31 % contre 18,3 %), les saignements (3 % contre 0 %) ainsi que des troubles de la vidange vésicale (5 % contre 0,6 % à 2 semaines), toutes ces différences étaient statistiquement significatives.

L'étude de J. Park et al. (NP4) étudie de façon rétrospective le taux de réintervention dans deux groupes de patientes : pose d'une BSU lors d'une cure de prolapsus avec IUE masquée et pas de BSU en l'absence d'IUE masquée [41]. Dans le groupe d'IUE masquée avec pose de BSU, la nécessité d'une révision de la bandelette pour symptômes obstructifs était de 7,3 % ; en cas d'absence d'IUE masquée et sans pose de BSU, 18,6 % des patientes ont eu secondairement la pose d'une BSU pour IUE *de novo*. Au final, 88 % des patientes ne subissaient pas de deuxième procédure chirurgicale.

T. Sayer et al. (NP4) retrouvent dans une étude prospective un taux d'IUE *de novo* de 3,3 % en cas de BSU associée systématiquement [42].

M. Malak (NP4), dans une revue de la littérature, opte pour cette solution, à la condition que l'IUE masquée ait été objectivée de façon certaine, avec comme principal argument que la cure d'incontinence de la paroi antérieure ne sera pas le traitement approprié de cette IUE [43].

K. Baessler et al. (NP2) montrent dans une méta-analyse que la chirurgie en un temps réduit l'IUE *de novo* de façon significative (RR = 0,54) [30].

A. Groutz et al. (NP2), dans une étude prospective portant sur 117 patientes atteintes d'IUE masquée et de prolapsus ayant bénéficié d'une chirurgie en un temps (par bandelette TVT), montrent que cette procédure est à la fois efficace avec 97,8 % de guérison subjective (et 86 % objective) concernant l'IUE, et sûre avec des taux de complications minimales (8 % d'impériosités et troubles de la vidange vésicale) à moyen terme (27 mois de recul en moyenne) [25].

Dans l'étude coût-efficacité américaine de M. L. Richardson (NP1), les auteurs indiquent qu'une chirurgie en un temps systématique en cas d'IUE masquée est la technique la plus économique [39].

### Quels sont les arguments pour une chirurgie en deux temps ?

Cet engouement pour la chirurgie en un temps est cependant contrebalancé par d'autres études.

L'étude CARE montre que le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 60 % des incontinenances urinaires masquées [27].

S. Ennemoser et al. (NP4) montrent dans une étude rétrospective sur 113 patientes atteintes d'IUE masquée (prolapsus réduit par « barrier » stress test, vessie remplie à 300 mL) dont 88 sont traitées uniquement pour le prolapsus, 28,1 % avaient des symptômes d'IUE persistants à 2 ans et que seules 5,3 % nécessitent dans le suivi une chirurgie pour incontinence [38]. Par extrapolation, les auteurs concluent qu'en cas de chirurgie de l'incontinence associée systématique, 94,7 % des patientes sont en fait surtraitées, raison pour laquelle ils préconisent une chirurgie en deux temps.

Cette opinion est partagée par P. L. Dwyer (NP2) qui juge que si l'IUE masquée est bien un facteur de risque pour une IUE postopératoire, la majeure partie des patientes ne développera pas de symptômes d'incontinence urinaire [44]. Le traitement systématique s'apparente donc à un surtraitement et expose une majorité de patientes à un risque inutile.

Cet argument est repris par d'autres auteurs (NP1) pour proposer une chirurgie en deux temps, si le besoin s'en fait sentir [9,45,46].

F. Sergent et al. insistent sur le fait que la pose d'une BSU à l'heure actuelle, parfois sous anesthésie locale, permet une chirurgie en deux temps facilement acceptable pour les patientes [46]. De plus on ne dispose pas de données de la littérature suffisantes sur les complications à long terme de la pose systématique d'une BSU au cours de la chirurgie du prolapsus.

Par ailleurs la simplicité actuelle de pose d'une BSU ne constitue pas un obstacle majeur à une chirurgie en deux temps si besoin. De plus il n'y a pas de perte de chance pour les patientes en termes de résultat final de la cure d'IUE.

L'étude prospective randomisée multicentrique de E. Borstad et al. concernant des patientes avec un prolapsus associé à une IUE avérée a comparé les résultats sur l'incontinence urinaire entre un bras chirurgie du prolapsus associé à un TVT et TVT différé de 3 mois en cas de persistance de l'IUE [9]. Les résultats sur la continence à 1 an étaient identiques dans les deux groupes. Une cure d'IUE de rattrapage ne diminue pas l'efficacité de la BSU.

Les principales études concernant le traitement concomitant ou non de l'incontinence masquée sont résumées dans le tableau 2.

Il est nécessaire d'avoir des études de haut niveau de preuve pour choisir entre ces deux attitudes.

Une étude randomisée multicentrique en cours « *Concomitant surgery and Urodynamic investigation in genital prolapse and stress incontinence. A diagnostic study including Outcome evaluation (CUPIDO)* » débutée en 2010 pourrait nous permettre de conclure mais à ce jour aucun résultat n'est disponible [31].

**Recommandations : les données actuelles de la littérature ne permettent pas d'établir de façon formelle des recommandations concernant le traitement simultané ou différé d'une incontinence urinaire masquée. On propose de ne pas traiter l'IUE masquée dans le même temps à condition de prévenir les patientes de l'éventualité d'une chirurgie en deux temps.**

**Recommandations :**

- La cure concomitante du prolapsus et de l'IUE masquée réduit le risque d'IUE postopératoire (NP1).
- Cependant, le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 60 % des IUE masquées.
- Le traitement concomitant de l'IUE expose à un surtraitement et à une morbidité spécifique d'hyperactivité vésicale et de dysurie.
- On peut proposer de ne pas traiter l'IUE dans le même temps à condition de prévenir les patientes de l'éventualité d'une chirurgie en deux temps.

**Liens d'intérêts**

A. Cortesse : recommandation pour la pratique clinique : traitement de l'incontinence urinaire associé au prolapsus génital.

V. Cadot : l'auteur n'a pas transmis ses liens d'intérêts.

V. Basset : au cours des 5 dernières années, l'auteur a perçu des honoraires ou financements de la part d'une organisation concernée par le thème de l'article, pour sa Participation à un congrès (Janssen, Astellas, Takeda, Ipsen), sa participation à des groupes d'experts (Janssen), du conseil (Janssen).

L. Le Normand : au cours des 5 dernières années, l'auteur a perçu des honoraires ou financements pour participation à des congrès, actions de formation, participation à des groupes d'experts, de la part des Laboratoires, Medtronic, Allergan, Astellas, Laborie, Boston scientifique.

L. Donon : l'auteur n'a aucun intérêt en lien avec cet article.

**Références**

[1] Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:1332-7;discussion 7-8.

[2] Digesu GA, Chaliha C, Salvatore S, Hutchings A, Khullar V. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG* 2005;112:971-6.

**Tableau 2.** Résultats du traitement concomitant ou non de l'incontinence masquée à la cure de prolapsus.

	Geste urinaire associé	Pas de geste urinaire associé	Geste urinaire associé Complications	Pas de geste urinaire Complications
Voie haute Burch (Étude Care [27]) NP1	23 % d'IUE (157)	44 % d'IUE (165) 56 % de patientes guéries	HAV = 32 %	HAV = 38 %
Voie basse TVT (Wei [40]) NP1	23 % d'IUE	49,4 % d'IUE 5 % de TVT	IU : 31 % Dysurie : 3,7 % Ablation TVT : 2,4 %	IU : 18 % Dysurie : 0 %
Voie basse (Ennemoser [38]) NP4		28 % d'IUE (88) Suivie 5,7 ans 7 % de TVT		

IUE : incontinence urinaire à l'effort.

- [3] Burrows LJ, Meyn LA, Walters MD, Weber AM. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2004;104:982-8.
- [4] Miedel A, Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyren O, Hammarstrom M. Symptoms and pelvic support defects in specific compartments. *Obstet Gynecol* 2008;112:851-8.
- [5] Fattouh B, Nadeau C. [Urinary incontinence and genital prolapse]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009;38:S239-51.
- [6] Sliker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. The prevalence of pelvic organ prolapse symptoms and signs and their relation with bladder and bowel disorders in a general female population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:1037-45.
- [7] Rozet F, Mandron E, Arroyo C, Andrews H, Cathelineau X, Mombet A, et al. Laparoscopic sacral colpopexy approach for genito-urinary prolapse: experience with 363 cases. *Eur Urol* 2005;47:230-6.
- [8] Costantini E, Lazzeri M, Bini V, Del Zingaro M, Zucchi A, Porena M. Burch colposuspension does not provide any additional benefit to pelvic organ prolapse repair in patients with urinary incontinence: a randomized surgical trial. *J Urol* 2008;180:1007-12.
- [9] 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.
- [10] Hviid U, Hviid TV, Rudnicki M. Porcine skin collagen implants for anterior vaginal wall prolapse: a randomised prospective controlled study. *Int Urogynecol J* 2010;21:529-34.
- [11] Colombo M, Vitobello D, Proietti F, Milani R. Randomised comparison of Burch colposuspension versus anterior colporrhaphy in women with stress urinary incontinence and anterior vaginal wall prolapse. *BJOG* 2000;107:544-51.
- [12] Colombo M, Maggioni A, Scalabrino S, Vitobello D, Milani R. Surgery for genitourinary prolapse and stress incontinence: a randomized trial of posterior pubourethral ligament plication and Pereyra suspension. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:337-43.
- [13] Kanasaki H, Oride A, Mitsuo T, Miyazaki K. Occurrence of pre- and postoperative stress urinary incontinence in 105 patients who underwent tension-free vaginal mesh surgery for pelvic organ prolapse: a retrospective study. *ISRN Obstet Gynecol* 2014;2014:643495.
- [14] Sergent F, Gay-Crosier G, Bisson V, Resch B, Verspyck E, Marpeau L. Ineffectiveness of associating a suburethral tape to a transobturator mesh for cystocele correction on concomitant stress urinary incontinence. *Urol* 2009;74:765-70.
- [15] Shek KL, Rane A, Goh J, Dietz HP. Stress urinary incontinence after transobturator mesh for cystocele repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:421-5.
- [16] de Tayrac R, Gervaise A, Chauveaud-Lambling A, Fernandez H. Combined genital prolapse repair reinforced with a polypropylene mesh and tension-free vaginal tape in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a retrospective case-control study with short-term follow-up. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:950-4.
- [17] Hung MJ, Liu FS, Shen PS, Chen GD, Lin LY, Ho ES. Factors that affect recurrence after anterior colporrhaphy procedure reinforced with four-corner anchored polypropylene mesh. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15:399-406.
- [18] Sentilhes L, Sergent F, Resch B, Verspyck E, Descamps P, Marpeau L. Midterm follow-up of high-grade genital prolapse repair by the trans-obturator and infracoccygeal hammock procedure after hysterectomy. *Eur Urol* 2007;51:1065-72.
- [19] Sergent F, Zanati J, Bisson V, Desilles N, Resch B, Marpeau L. Perioperative course and medium-term outcome of the trans-obturator and infracoccygeal hammock for posthysterectomy vaginal vault prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;109:131-5.
- [20] Liang ML, Lin YH, Chang YL, Chang SD. Urodynamic and clinical effects of transvaginal mesh repair for severe cystocele with and without urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;112:182-6.
- [21] Takahashi S, Obinata D, Sakuma T, Nagane Y, Sato K, Mochida J, et al. Tension-free vaginal mesh procedure for pelvic organ prolapse: a single-center experience of 310 cases with 1-year follow up. *Int J Urol* 2010;17:353-8.
- [22] Van der Ploeg JM, Van der Steen A, Oude Rengerink K, Van der Vaart CH, Roovers JP. Prolapse surgery with or without stress incontinence surgery for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG* 2014;121:537-47.
- [23] Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:CD004014.
- [24] 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. *Int Urogynecol J* 2010;21:5-26.
- [25] Groutz A, Levin I, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, Gordon D. « Inside-out » transobturator tension-free vaginal tape for management of occult stress urinary incontinence in women undergoing pelvic organ prolapse repair. *Urol* 2010;76:1358-61.
- [26] Maher CF, Qatawneh AM, Dwyer PL, Carey MP, Cornish A, Schluter PJ. Abdominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapse: a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:20-6.
- [27] 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.
- [28] Richardson DA, Bent AE, Ostergard DR. The effect of uterovaginal prolapse on urethrovesical pressure dynamics. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:901-5.
- [29] Rosenzweig BA, Pushkin S, Blumenfeld D, Bhatia NN. Prevalence of abnormal urodynamic test results in continent women with severe genitourinary prolapse. *Obstet Gynecol* 1992;79:539-42.
- [30] Baessler K, Maher C. Pelvic organ prolapse surgery and bladder function. *Int Urogynecol J* 2013;24:1843-52.
- [31] Al-Mandeel H, Ross S, Robert M, Milne J. Incidence of stress urinary incontinence following vaginal repair of pelvic organ prolapse in objectively continent women. *Neurourol Urodyn* 2011;30:390-4.
- [32] Svenningsen R, Borstad E, Spydslaug AE, Sandvik L, Staff AC. Occult incontinence as predictor for postoperative stress urinary incontinence following pelvic organ prolapse surgery. *Int Urogynecol J* 2012;23:843-9.
- [33] Fattouh 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.
- [34] Araki I, Haneda Y, Mikami Y, Takeda M. Incontinence and detrusor dysfunction associated with pelvic organ prolapse: clinical value of preoperative urodynamic evaluation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:1301-6.
- [35] Haessler AL, Lin LL, Ho MH, Betson LH, Bhatia NN. Reevaluating occult incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17:535-40.
- [36] Karateke A, Tug N, Cam C, Selcuk S, Asoglu MR. Concomitant surgical correction of occult stress urinary incontinence by TOT in patients with pelvic organ prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;154:105-7.
- [37] Lensen EJ, Withagen MI, Kluivers KB, Milani AL, Vierhout ME. Urinary incontinence after surgery for pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn* 2013;32:455-9.
- [38] Ennemoser S, Schonfeld M, von Bodungen V, Dian D, Friese K, Jundt K. Clinical relevance of occult stress urinary incontinence

- (OSUI) following vaginal prolapse surgery: long-term follow-up. *Int Urogynecol J* 2012;23:851-5.
- [39] Richardson ML, Elliott CS, Shaw JG, Comiter CV, Chen B, Sokol ER. To sling or not to sling at time of abdominal sacrocolpopexy: a cost-effectiveness analysis. *J Urol* 2013;190:1306-12.
- [40] Wei JT, Nygaard I, Richter HE, Nager CW, Barber MD, Kenton K, et al. A midurethral sling to reduce incontinence after vaginal prolapse repair. *N Engl J Med* 2012;366:2358-67.
- [41] Park J, McDermott CD, Terry CL, Bump RC, Woodman PJ, Hale DS. Use of preoperative prolapse reduction stress testing and the risk of a second surgery for urinary symptoms following laparoscopic sacral colpoperineopexy. *Int Urogynecol J* 2012;23:857-64.
- [42] Sayer T, Lim J, Gauld JM, Hinoul P, Jones P, Franco N, et al. Medium-term clinical outcomes following surgical repair for vaginal prolapse with tension-free mesh and vaginal support device. *Int Urogynecol J* 2012;23:487-93.
- [43] Malak M. The role of anti-incontinence surgery in management of occult urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J* 2012;23:823-5.
- [44] Dwyer PL. Women with occult stress incontinence should not routinely have a mid-urethral sling with prolapse surgery. *Int Urogynecol J* 2012;23:827-9.
- [45] Marpeau L. [Should urinary incontinence be treated at the same time as prolapse?]. *Gynecol Obstet Fertil* 2011;39:586.
- [46] Sergent F, Equy V, Rosier P, Hoffmann P. Transvaginal cystocele repair and stress urinary incontinence: for a delayed surgery. *Gynecol Obstet Fertil* 2011;39:590-3.