

## **Lettre d'experts et mise à jour – mise en place de bandelettes pour le traitement de l'incontinence d'effort féminine.**

G. Schär, G. von Below, F. Burkhard, M.C. Peter-Gattlen, J. Schilling, B. Schüssler  
Groupe de travail pour l'urogynécologie et la pathologie du plancher pelvien  
Société suisse de gynécologie et d'obstétrique SSGO  
Société suisse d'urologie.  
Remplace la version d'octobre 2003.

**Introduction** : avec l'introduction de la TVT (tension free vaginal tape) vers le milieu des années nonante, le traitement chirurgical de l'incontinence a pris un essor important et rapide. Le concept se base sur le principe de la mise en place sans tension au niveau du tiers moyen de l'urètre d'une bandelette de polypropylène (1). Cette technique opératoire s'est rapidement propagée en raison de son efficacité, de son invasivité minimale et d'un rapport coût bénéfice efficacité très favorable. Les opérations par bandelettes ont été inscrites dans le catalogue de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) sur demande du groupe de travail d'urogynécologie (AUG). Comme de nombreux types de bandelettes sont proposés à l'heure actuelle et comme celles-ci sont posées par beaucoup de médecins en formation, le département fédéral de l'intérieur (DFI) a exigé l'établissement de règles de qualité. L'AUG a mis sur pied un groupe de travail avec les représentants des sociétés de gynécologie, d'urologie et les spécialistes en contrôle de qualité. Les recommandations de qualité ci-dessous résultent d'un consensus des institutions susmentionnées.

**Buts** : les principaux codes des opérations pour incontinence urinaire doivent être à nouveau disponibles et l'accès doit être réglé et assuré. Il faut créer des conditions qui contribuent à l'amélioration de la qualité. La lettre d'experts est ainsi formulée de sorte que l'accès pratique soit assuré.

### **Indications (2,3)**

- incontinence d'effort pure
- incontinence d'effort et d'urgence avec une composante d'effort prédominante
- la mise en place d'une bandelette peut aussi être indiquée comme geste complémentaire en cas d'opération pour prolapse avec une incontinence manifeste ou sévère ou larvée.

Comme toute autre opération, la mise en place d'une bandelette ne doit être envisagée qu'après épuisement des traitements conservateurs. L'importance de la symptomatologie et les chances de succès selon les critères établis sont déterminants pour l'indication à une telle intervention.

**Investigations pré-opératoires** : pour décider de l'indication opératoire, un diagnostic spécialisé de base est nécessaire. L'anamnèse, le calendrier mictionnel, la mesure du résidu post-mictionnel, les examens d'urine et le test à la toux avec vessie pleine sont les piliers du diagnostic uro-gynécologique. Les examens complémentaires sont indiqués dans les situations suivantes : l'incontinence d'effort récidivante ou combinée avec une symptomatologie d'urgence mictionnelle, une pathologie vésicale sensitivo-motrice, les troubles mictionnels, les problèmes de résidus ou d'infections urinaires récidivantes. Les examens complémentaires sont aussi indiqués en cas d'incontinence à la suite d'une chirurgie radicale ou reconstructive du petit bassin. Dans de telles situations complexes, **des examens urodynamiques doivent être entrepris**. Les examens urodynamiques doivent compléter les éléments du diagnostic de base et doivent comprendre au minimum une cystométrie, un profil urétral au repos, une débimétrie, des examens morphologiques uro-gynécologiques et une cystoscopie.

**Intervention** : en raison de très nombreuses techniques d'intervention pour la mise en place de bandelettes, ces directives ne peuvent pas s'appliquer en détail à chaque cas. Malgré cela, il existe quelques recommandations qui sont communes à tous les types d'interventions : nous insistons sur le fait que les différentes techniques d'opération ou les différents concepts doivent être basés sur des investigations scientifiques. Nous recommandons d'éviter les modifications en dehors de programme d'étude. Les opérateurs qui désirent utiliser une nouvelle technique d'opération pour la mise en place de bandelettes doivent suivre une formation adéquate.

**Soins post-opératoires** : à la suite de l'intervention, les fonctions urinaires et les éventuelles complications doivent être contrôlées. La patiente ne peut quitter l'hôpital qu'en s'assurant de l'efficacité de sa miction (résidu inférieur à 150 ml avec une miction d'environ même volume) et exclusion d'un saignement post-opératoire. En cas de rétention urinaire, la vessie sera vidée par un sondage unique. En cas de persistance de la rétention, il faudra mettre en place un drainage suspubien. Aussitôt que les résidus sont inférieurs à 150 ml, le drainage peut être enlevé. Pour des cas standards, l'incapacité de travail se limitera à une semaine. En cas de gros effort physiques ou sportifs, on pourra attendre jusqu'à trois semaines avant la reprise du travail.

**Contrôle post-opératoire** : un contrôle post-opératoire devrait être effectué chez chaque patiente pour s'assurer du succès de l'intervention, pour déceler d'éventuelles complications tardives, pour conseiller la patiente en cas de nouvelles plaintes (urgence mictionnelle) ou de syndrome obstructif. Ces contrôles devraient avoir lieu entre quatre et douze semaines après l'intervention. L'anamnèse (symptomatologie et qualité de vie), l'examen clinique (érosion) et le test à l'effort doivent faire partie de ce contrôle.

**Complications** : pour la voie rétro-pubienne, il faut s'attendre à environ 5 % de perforation vésicale (4,5). Le diagnostic se fait lors d'une cystoscopie per-opératoire. En cas de complications, l'aiguille sera simplement retirée et remplacée. La vessie sera drainée pour trois jours au minimum. Des hématomes rétro-pubiens et des infections post-opératoires ont été observés dans environ 1 % des cas. D'autres complications plus rares sont décrites : lésions des organes voisins, perforation de la bandelette au niveau de la paroi vaginale latérale, érosion de l'urètre, infection de la cicatrice vaginale. Des plaintes fonctionnelles comme des troubles mictionnels ou un syndrome d'urgence mictionnelle peuvent survenir après l'intervention ou être exacerbées par celle-ci.

**Taux de succès et pronostic** : les résultats après cinq ans montrent que, suite à la mise en place d'une TVT, 84 % des patientes sont guéries et que 8 % sont améliorées. Dans 8 %, il y a échec (6). Les femmes avec un urètre hypotone ont des chances de succès diminuées : 74 % de guérison, 10 % d'amélioration et 16 % d'échec.

Pour la mise en place d'une TVT, il existe actuellement suffisamment d'études en particulier d'études de médecine basée sur l'évidence de niveau 1 (7). Comme les différentes techniques de mise en place de bandelettes se basent sur le même principe que la TVT, il ne faut pas s'attendre à des différences fondamentales pour les indications, la technique, les résultats et les complications. Jusqu'à aujourd'hui, les effets de l'emploi de bandelettes de différents matériaux restent très peu documentés. Actuellement, il existe des données pour les matériaux en polypropylène (TVT). Nous recommandons donc de vérifier soigneusement les données concernant d'autres techniques ou d'autres matériaux avant de changer de méthode.

**Documentation** : les résultats des investigations pré-opératoires, les explications pré-opératoires, le rapport opératoire et le suivi après l'opération et lors des contrôles ambulatoires post-opératoires doivent être documentés. L'AUG permet de charger sur sa page d'accueil différents formulaires pour atteindre ce but ([www.urogyn.ch](http://www.urogyn.ch)). Si des examens urodynamiques ont été effectués, les résultats doivent être joints aux autres rapports.

#### **Littérature :**

1. Petros P, Ulmsten U. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. Acta Obstet Gynecol Scand 1990;69 (Suppl 153)
2. Tunn R, Staufer F, Kölbl H, Lange R, Petri E. Empfehlung zum Stellenwert der TVT-Plastik im Rahmen der Behandlung der Stressharninkontinenz. Leitlinienordner Nr. A 1.17. Frauenarzt 2001; 42;79-80
3. Hanzal E et al. Konsensus zur Anwendung der Tension-Free vaginal tape“ (TVT)-Operation bei der weiblichen Stressharninkontinenz. J Urol Urogynäk 2001;3:27-36
4. Fischer A, Arnold B, Meghil S, Hoffmann G. Probleme nach TVT-Implantation. Gynäkol Prax 2001;25;67-82
5. Peschers UM, Tunn R, Buczkowski M, Perucchini D. Tension-Free Vaginal Tape for the Treatment of Stress Urinary Incontinence. Clin Obstet Gynecol,43;670-5
6. Nilsson CG, Kuuva N, Falconer C, Rezapour M, Ulmsten U. Long term results of tension free vaginal tape (TVT) procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence. Int Urogynecol J 2001;Suppl 2;5-8
7. Moran PA, Ward KL, Johnson D, Hilton P, Bibby J. Tension-free vaginal tape for primary genuine stress incontinence: A two centre follow-up study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1999;10(Suppl 1):S14