

Disponible en ligne sur www.mdn.dz et sur www.atrss.dz /Revue Médicale de l'HMRUO, Volume 8 N°1



Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran
Docteur Amir Mohammed BENAÏSSA
LA REVUE MÉDICALE DE L'HMRUO
B.P. 35 AHMED MEDAGHRI ORAN Tél: 041.58.71.79-83
Fax : 041.58.71.90 Email : hmruo@mdn.dz



Article original

Incontinences urinaires masquées : Traitement combiné ou différé

M.SAIDANI⁽¹⁾, T.LOUNICI⁽¹⁾, A.GAACHI⁽¹⁾.

(1) Service d'Urologie / Hôpital Central de l'Armée.



Résumé :

Méconnaître une incontinence urinaire d'effort masquée lorsque on opère une femme d'une cystoéle peut conduire à un risque de voir apparaître des fuites urinaires en post opératoire et subir par conséquent le désagrément d'une deuxième intervention dans les jours qui suivent l'intervention. De ce fait, il est plus élégant de parvenir à résoudre ces deux pathologies dans le même temps opératoire vu le concept physiopathologique commun selon Papa Petros. Si le choix thérapeutique est facile lorsque la cystocèle et l'incontinence urinaire sont évidentes, il devient plus difficile lorsque l'incontinence urinaire d'effort est masquée par la cystoéle. Pour pouvoir se positionner vis-à-vis d'une intervention chirurgicale dans le même temps opératoire ou en différé, il s'agira donc de savoir si la cure de la cystoéle est capable de prendre en charge à elle seule les deux pathologies ou au contraire lui associer la cure de l'incontinence urinaire avec les risques inhérents à cette chirurgie de l'incontinence..

Mots clés : Incontinence masquée, Combiné, Différé, Cystoéle, Bilan urodynamique.

Summary:

To ignore a masked effort urinary incontinence when operating a woman with a cystocele can lead to a risk of seeing urinary leakage postoperatively and therefore suffer the inconvenience of a second intervention in the days following the intervention. Therefore, it is more elegant to be able to solve these two pathologies in the same operating time given the common physiopathological concept according to Papa Petros. If the choice of treatment is easy when cystocele and urinary incontinence are obvious, it becomes more difficult when stress urinary incontinence is masked by the cystocele. In order to be able to position one self beyond a surgical intervention in the same operating or delayed time, it will be a question of knowing if the cure of the cystocele is able to take care by itself the two pathologies, or on the contrary, associate the cure of urinary incontinence with the risks inherent in this surgery of incontinence.

Keywords: Masked incontinence, Combined, Deferred, Cystocele, Urodynamic assessment.

Introduction

L'incontinence urinaire d'effort de la femme est une affection fréquente et invalidante. Elle constitue un véritable handicap social majeur. Sa fréquence est en nette augmentation ce qui engendre un vrai problème de santé publique dont les conséquences peuvent être à la fois physiques, psychiques et financières. Cette incontinence urinaire d'effort symptomatique est souvent associée aux cystocèles modérées (mécanisme physiopathologique commun) alors que les cystocèles de haut grade sont le plus souvent associées à des phénomènes obstructifs pouvant masquer une incontinence urinaire d'effort. Cette incontinence urinaire d'effort asymptomatique se traduit par la survenue de fuites urinaires après réduction de la cystocèle lors de la manœuvre de Valsalva (hyperpression abdominale) ou lors du test à la toux et selon ces épreuves on retrouve une incidence évaluée dans la littérature entre 36 % et 80 %.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les résultats anatomiques et fonctionnels (urinaires) du traitement combiné par rapport au traitement différé.

Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude prospective, comparative, randomisée en simple aveugle.

L'attribution dans un groupe se fait de façon aléatoire par tirage au sort (randomisation).

La répartition des groupes se fait à l'insu des participants (étude en aveugle).

Durée de l'étude:

Elle s'est déroulée sur une période de trois ans, allant de Janvier 2013 à Janvier 2016.

Recrutement :

Il s'est fait en consultation d'urologie de l'Hôpital Central de l'Armée le plus souvent ou adressées par nos collègues urologues ou gynécologues des structures voisines.

Critères d'inclusion:

Femmes âgées de moins de 77 ans qui consultent pour une cystocèle de grade élevé associée à une incontinence urinaire d'effort masquée.

Critères de non inclusion:

Les patientes qui ont les critères suivant sont incluses dans notre travail :

- Age plus de 77 ans
- Cystocèle associée à une incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne
- Présence des contractions non inhibées sur le bilan urodynamique
- Femmes continentes après réduction clinique de la cystocèle.

Calcul de la taille de l'échantillon:

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule suivante:

$$N = \varepsilon^2 p q / d^2$$

Nous avons pris la prévalence de la cystocèle pour le calcul de la taille de l'échantillon à 7%, en se basant sur les différentes enquêtes antérieures menées chez des populations adultes dans des pays différents. Le risque toléré est à 5%, avec une précision prise à 0,05. La taille de notre échantillon est de 122 femmes.

Tests statistiques:

Les données des patientes ont été recueillies dans un premier temps sur un système de gestion de bases de données type Access. Ensuite, les résultats ont été analysés par le logiciel

EPI DATA :

- Epidata entry 3.02 pour la saisie.
- Epidata analysis 2.2.2 183 et le logiciel Epi info 6.04 D fr pour le contrôle à la saisie et l'analyse.

Cette analyse comprend une étude statistique descriptive et analytique. Elle consiste à rechercher des relations statistiques entre les différentes variables de la population.

Les tests statistiques utilisés pour cette étude sont :

- Test Z pour comparer entre deux pourcentages.
- Test T de student pour comparer deux moyennes et le test d'ANOVA pour comparer plusieurs moyennes (analyse de variance)

Cette étude unicentrique a intéressé 122 patientes et qui a comporté 2 groupes de sexe féminin consécutifs. Chaque groupe de patientes était constitué de 61 femmes.

L'âge moyen de nos patientes :

-Dans le groupe Combiné les femmes avaient un âge moyen de 62,54 ans et dans le groupe différé les femmes avaient un âge de 62,57 ans. Avec des extrêmes allant de 45 à 76 ans et un pic à 42,6 % dans la tranche d'âge de 65 à 76 ans.

Répartition des patientes

1- Le premier groupe (groupe combiné):

Traite dans le même temps opératoire la cystocèle et l'incontinence urinaire masquée. Ce groupe sera appelé groupe combiné et compte 61 femmes.

2- Le deuxième groupe (groupe différé):

Ne traite que les cystocèles en premier lieu par promontofixation et après 3 mois de traitement et si l'incontinence urinaire ne disparaît pas une BSU sera posée. Ce groupe sera appelé groupe différé et compte lui aussi 61 femmes.

Suivi des patientes :

Toutes les patientes avaient bénéficié d'un suivi à la consultation afin de vérifier les analyses des urines, la miction, le transit intestinal (constipation). L'examen

urogynécologique pour s'assurer de la réduction de la cystocèle.

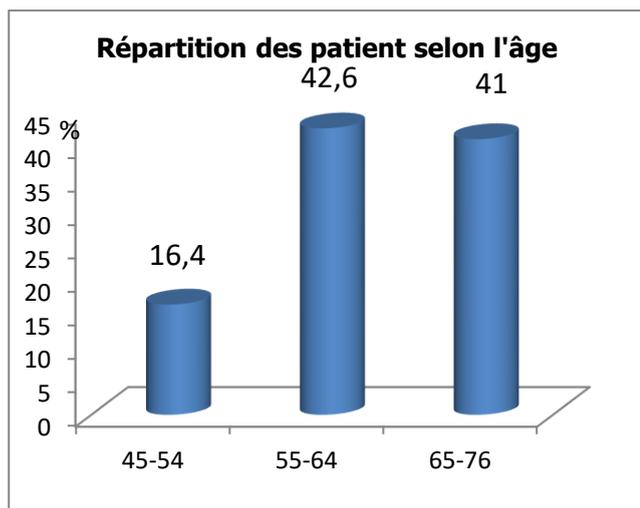
Les complications :

Les complications urinaires précoces ont intéressé les patientes du groupe combiné avec une dysurie dans 13% des cas, une rétention aiguë des urines et un résidu post mictionnel (RPM) dans 4,9%. Ces complications sont probablement en rapport avec le geste urinaire (BSU) ajouté dans le traitement de l'IUE masquée. Les douleurs au niveau du périnée étaient plus importantes dans le groupe différé avec un taux de 24,59% (15 femmes/61) par rapport au groupe combiné ou le taux était faible (3,28%).

Résultats

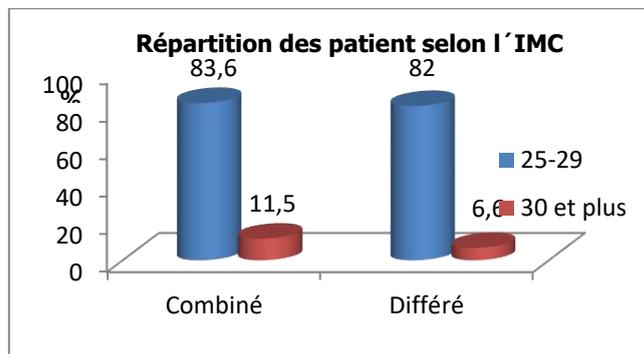
1- Répartition selon l'âge:

L'âge moyen de nos patientes était de 62,56 ans: L'âge moyen dans le groupe Combiné était de 62,54 ans et dans le groupe différé les femmes avaient un âge de 62,57 ans. (Extrême de 45 à 76 ans) avec un pic à 42,6 % dans la tranche d'âge de 65 à 76 ans.



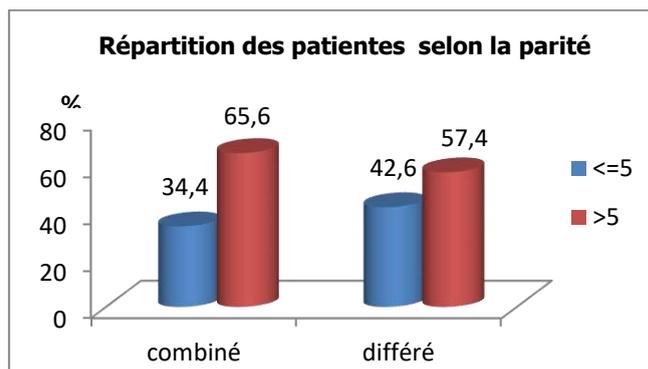
2-Répartition selon IMC:

On n'a pas constaté de différence significative entre les deux groupes selon l'IMC (p=0,296 Globale).



3-Répartition des patientes selon la parité:

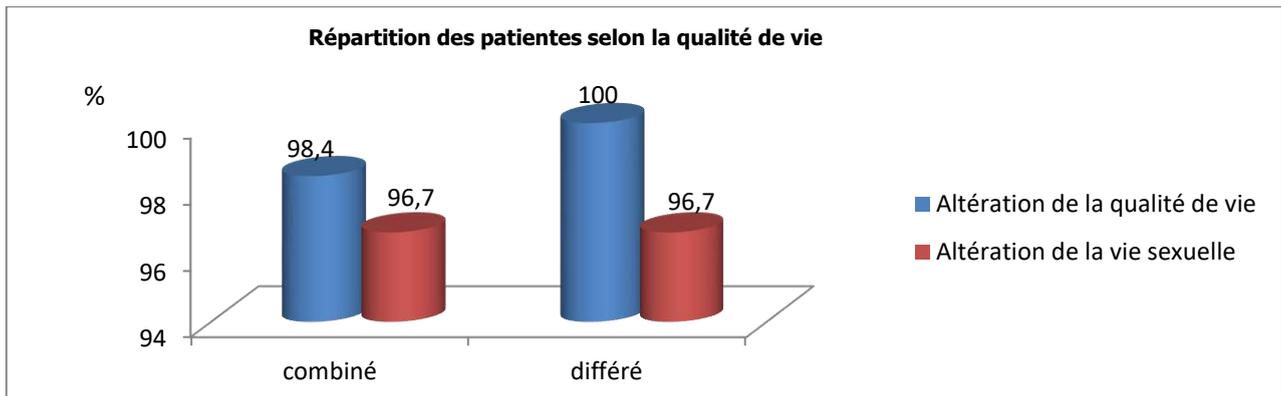
Plus de 40 patientes concernées par cette étude avaient plus de 5 accouchements dans le groupe combiné soit 65,6% et plus de 35 (57,4%) patientes dans le groupe différé avec des extrêmes allant de 2 à 10 accouchements.



4- Répartition selon les antécédents gynécologiques:

Antécédents gynécologique	combiné		différé		total	%	P
	nombre	%	Nombre	%			
Hystérectomie	11	18,0	15	24,6	26	21,3	0,376
Cure prolapsus génital voie basse	11	18,0	8	13,1	19	15,6	0,453
Cure prolapsus génital voie haute	0	0,0	1	1,6	1	0,8	-
Ligature des trompes	2	3,3	2	3,3	4	3,3	0,611
Déchirure périnéale	10	16,4	18	29,5	28	23,0	0,085
Chirurgie de fibrome utérin	4	6,6	7	11,5	11	9,0	0,342

5-Répartition selon la qualité de vie:



Les volumineuses cystocèles étaient responsables de l'altération de la qualité de vie chez presque toutes les patientes (98,4%) et de la sexualité dans 96,7%.

6-Répartition selon l'examen physique :

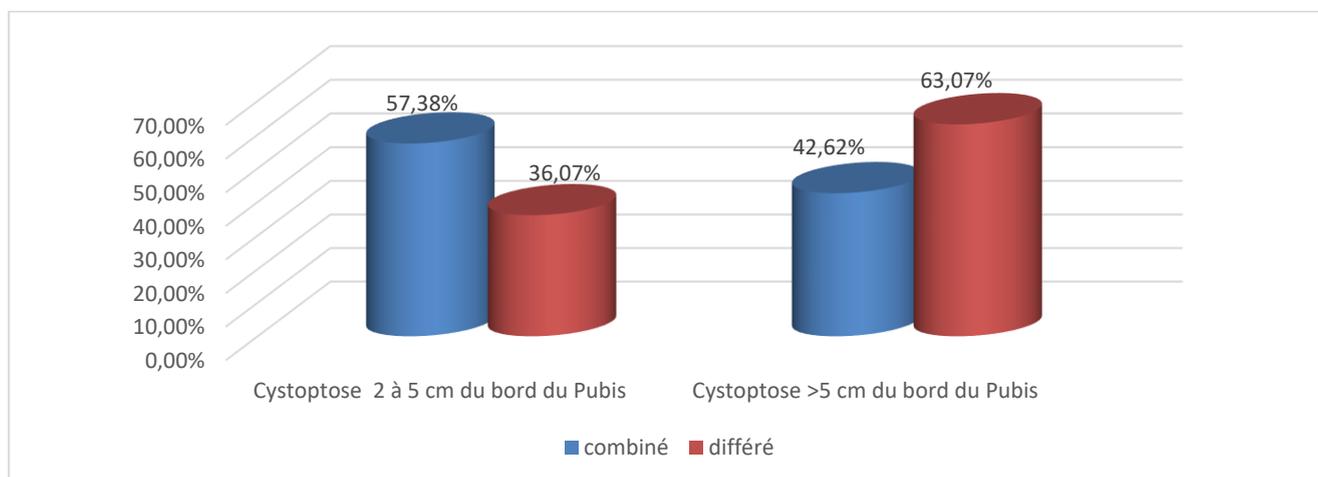
Signes cliniques de l'affection	combiné		différé		total	%
	nombre	%	Nombre	%		
Hyper mobilité cervico-urétrale	60	98,36	60	98,36	120	98,4
Réduction Par spéculum démontable	60	98,36	59	96,7	119	97,5
Par tampon	1	1,64	2	3,3	3	2,5

7-Répartition selon le grade de la cystocèle:

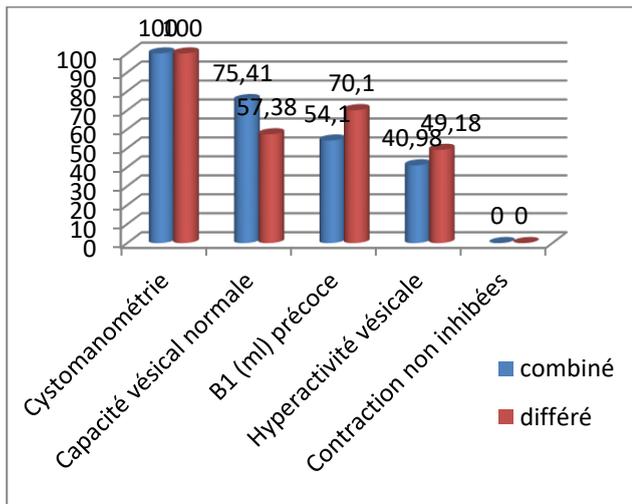
	combiné	%	différé	%	total	%	P
Grade 3	21	34,43	38	62,3	59	48,36	P<10 ⁻⁶
Grade 4	23	37,7	40	65,57	63	51,64	P<10 ⁻⁶

8-Répartitions selon l'urétro-cystographie rétrograde:

L'UCR a été systématique en préopératoire chez toutes les patientes. Les cystocèles de grade élevées étaient majoritaires dans le groupe différé avec un taux de 63,93% soit 39 cystocèles de grade 4 avec une différence significative entre les deux groupes (P<10⁻⁵).



9-Répartition des patientes selon la cystomanométrie:



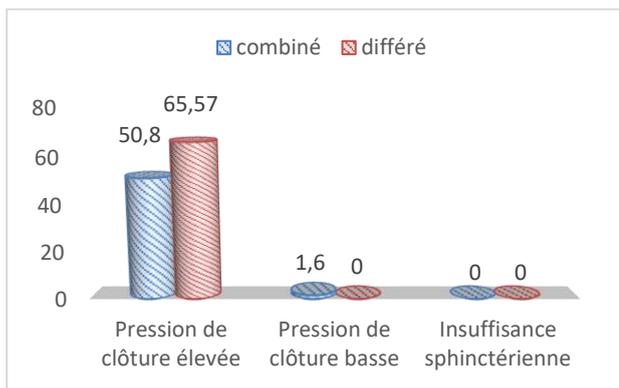
a- Dans le groupe différé:

La capacité vésicale était normale chez 46 patientes et réduite chez 26 patientes du groupe différé soit un taux de 24,6%. Le premier besoin(B1) était précoce dans 70,1 % des cas (B1 précoce entre 90 et 100 ml). Le bilan urodynamique a détecté une hyperactivité vésicale chez 30 patientes ce qui correspondait à un taux de 49,18%.

b-Dans le groupe combiné:

Le bilan urodynamique a diagnostiqué une hyperactivité vésicale chez 25 patientes et a objectivé une capacité vésicale réduite dans 24,6%. Le premier besoin était précoce dans plus de la moitié des cas (> 54,1%).

10-Répartition selon la pression de clôture :



La pression de clôture était élevée dans plus de 65% des cas chez les patientes du groupe différé tandis que dans le groupe combiné plus 50% des patientes sont concernées par cette augmentation de pression de clôture.

L'étude statistique était en faveur d'une différence significative entre les deux groupes. Une patiente du

groupe combiné avait une pression de clôture basse (Pc <30 cmH2O).

RESULTATS THÉRAPEUTIQUES:

A-Traitement chirurgical:

122 patientes ont été opérées pour des cystocèles associées à une incontinence urinaire d'effort masquée, ce qui correspond au nombre prévu dans le projet. Les 122 femmes sont réparties comme suit :61 patientes incluses dans le groupe du traitement combiné et 61 dans le groupe du traitement différé.

1-Promontofixation par laparoscopie:

a-Installation :

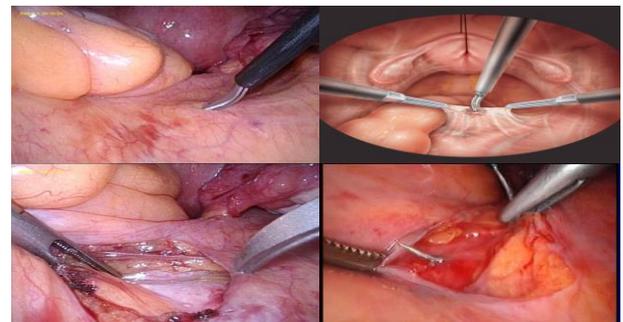
La patiente est installée en décubitus dorsal, en position gynécologique, jambes légèrement fléchies, les deux bras mis le long du corps. Une sonde vésicale est mise en place. Un Trendelenburg marqué (30°) est effectué dès que la patiente est endormie ; durant le temps de l'installation (badigeonnage, pose des champs) le grêle réintègre la cavité abdominale et libère ainsi le cul -de-sac de Douglas.

b-Déroulement de l'intervention:



INSUFLATION-MISE EN PLACE DES TROCARTS.

Mise en place des trocarts .Installation de la patiente- insufflation du co2- mise en place des trocarts- suspension du sigmoïde et l'utérus pour exposer le promontoire.

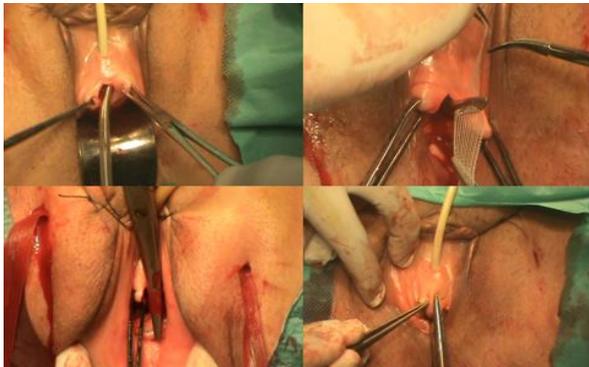


EXPOSITION ET AMARRAGE DU PROMONTOIRE.

Dissection intervésico-vaginale- fixation de la plaque sur la face antérieure du vagin- amarrage de la plaque sur le promontoire- fermeture du péritoine.

2-TECHNIQUE DE LA MISE EN PLACE DE LA BSU TYPE TOT:

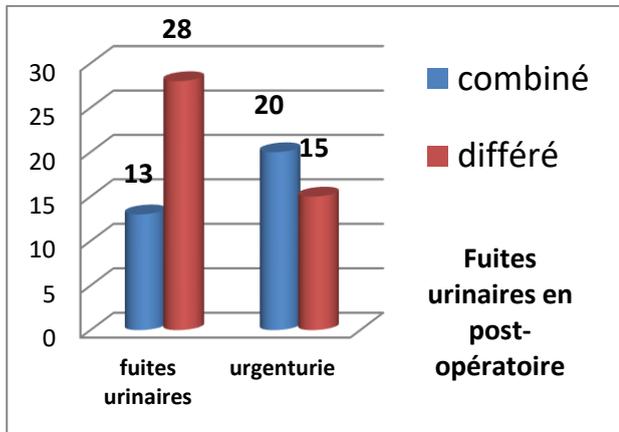
Dissection du vagin- passage de la bandelette sous urétrale (BSU) - réglage de la tension - fermeture de la paroi vaginale sur sonde urinaire.



BANDELETTE SOUS URETRALE (BSU): TOT

B/ RESULTATS URINAIRES POST-OPERATOIRES:

1-L´incontinence urinaire postoperatoire



INCONTINENCE POSTOPERATOIRE

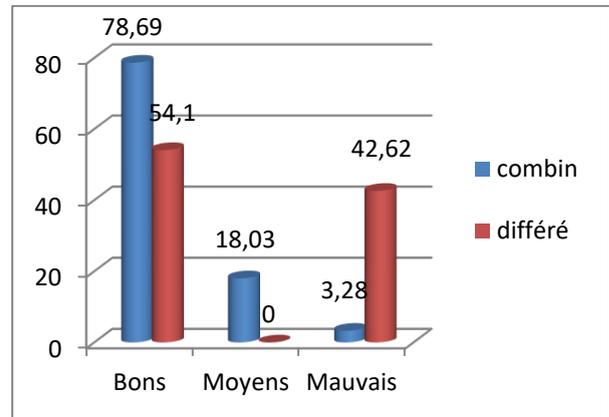
Après un mois du traitement les résultats urinaires en postopératoire étaient différents dans les deux groupes.

- Les femmes du groupe différé avaient une incontinence urinaire dans le post opératoire dans 45,9% des cas, alors que les femmes du groupe combiné ne présentaient des fuites urinaires que dans 21,31%.

-L´analyse statistique des groupes avait montré une différence significative avec un $P < 10^{-5}$

-Les patientes du groupe combiné (32,79%) avaient plus de symptômes d´hyperactivité vésicale que les patientes des groupes différés (24,59%).

2- La continence urinaire postopératoire:



CONTINENCE POSTOPERATOIRE.

Plus de 78 % des patientes du groupe combiné étaient continentes après un mois du traitement ce qui correspond à un nombre de 48 sur 61 femmes.

Par contre, le contrôle médical à la consultation des femmes du groupe différé après un mois du traitement avait objectivé 33 femmes continentales soit un taux de 54,1%.

Ces résultats ont été analysés sur le plan statistique et la différence était significative entre les deux groupes ($P < 10^{-5}$).

DISCUSSION:

L´incontinence urinaire masquée est définie comme une fuite urinaire qui est cachée par une cystocèle et ne devient symptomatique qu'après correction chirurgicale de cette colprocèle antérieure (cystocèle). On ne sait pas si l'augmentation de la pression intra-urétrale secondaire à la plicature urétrale et / ou à la compression urétrale externe masque les symptômes d'un urètre incompetent. Il a été rapporté qu'après la réduction des organes prolapsés avec un pessaire, un paquet vaginal ou une correction chirurgicale , 36-80% des femmes continentales présentant un prolapsus sévère sont à risque de développer une incontinence urinaire. Néanmoins, la correction chirurgicale de l'incontinence masquée reste controversée car les chirurgiens utilisent essentiellement deux types de stratégies chirurgicales:

Certains préfèrent inclure une procédure anti-incontinence pendant la réparation du prolapsus et d'autres préfèrent une approche en deux étapes: d'abord, le prolapsus est réparé et après un contrôle urodynamique la patiente se présente pour une chirurgie d'incontinence urinaire si nécessaire. La combinaison de la chirurgie du prolapsus et de l'incontinence d'effort a l'avantage de résoudre deux

problèmes en même temps et donc d'éviter une seconde opération. Cependant, l'approche combinée comporte un risque d'effets secondaires dont le

développement des symptômes obstructifs de la miction, de la rétention vésicale et de l'hyperactivité du dérusor sont les plus importants.

COMPARAISON DE L' IUE POST OPÉRATOIRE AVEC LES AUTRES AUTEURS:

AUTEURS	NOMBRE	TRT COMBINÉ :IUE POST-OP	TRT DIFFÉRÉ: IUE POST-OP	P
Van der Ploeg 2015	134	22%	52%	0,001
Brubaker 2006	322	23%	44% %	P= 0,026
Wei 2012	327	23,6%	49,4%	P< 0,001
Costantini 2011	66	16%	29%	P<0,020
Borstad 2010	181	5%	33%	P< 0,001
Liang2004	79	9,4%	36 %	P< 0,001
Tarik	232	23,1%	40,3%	P< 0,007
Yonguc2013				
Notre série	122	21,31	45.9%	P< 10 ⁻⁵

ETUDE COMPARATIVE : IUE DE L'ETUDE ET LA LITERATURE.

La comparaison de nos résultats avec ceux des autres auteurs se concorde que ce soit pour le traitement différé ou pour le traitement combiné. Chez nos patientes, le traitement combiné a permis d'avoir des résultats très encourageants car 21,31% des femmes sont incontinentes seulement par rapport au groupe du traitement différé où le nombre de femmes qui présentent des fuites urinaires est de 45,9%. Van der Ploeg dans ses résultats a trouvé que 22% des femmes du groupe combiné sont incontinentes et 52% dans le groupe différé. Dans les autres séries mentionnées dans le tableau, la différence est évidente entre les résultats du traitement combiné pour les fuites urinaires en postopératoire et ceux du traitement différé.

Le nombre élevé de femmes incontinentes en post-opératoire dans le groupe différé est en relation avec les données épidémiologiques et la présence d'une incontinence urinaire masquée. Les patientes avec un IMC entre 25 et 29 sont majoritaires dans les deux groupes ce qui constitue un facteur de risque d'incontinence urinaire en postopératoire pour les patientes traitées pour cystocèle seule sans la cure de l'incontinence urinaire masquée. À l'inverse, dans le groupe du traitement combiné malgré que le nombre de femmes en surpoids soient majoritaires, le taux d'incontinence urinaire post-opératoire après pose de la BSU est nettement plus inférieur (21,31%) que celui du groupe différé(45,9).

Dans la littérature, les facteurs prédictifs d'une incontinence urinaire persistante sont :la sévérité de

l'incontinence urinaire préopératoire, les maladies respiratoires chroniques, un IMC élevé, IUE masquée associée et une hypermobilité urétrale, une pression de clôture basse. D'autres auteurs retrouvent comme facteurs de risques les antécédents de chirurgie de l'incontinence urinaire, insuffisance sphinctérienne (IS) et le diabète sucré.

Nos résultats en termes de qualité de vie sont bons avec un taux de satisfaction de 80,33% chez nos patientes d'âge moyen de 62,56 ans. En effet, comme pour toute chirurgie fonctionnelle, le critère de jugement le plus important est la satisfaction des patientes, le confort urinaire surtout puis vient ensuite la correction anatomique. Donc la qualité de vie est en rapport direct avec les résultats fonctionnels (continence urinaire).

CONCLUSION :

La chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort masquée au moment de la réparation des prolapsus a été un sujet débattu depuis longtemps. Encore aujourd'hui il n'y a pas de réponse claire à cette question. Les défis dans la prise de décision chirurgicale dans ce contexte clinique incluent une évaluation appropriée des résultats en préopératoire afin de prendre une décision adéquate. Cette décision doit être basée sur la meilleure approche thérapeutique pour répondre aux attentes des patientes.

Le traitement de la cystocèle et de l'incontinence urinaire d'effort masquée dans le même temps

opératoire peut réduire d'une façon considérable les fuites urinaires postopératoires avec une morbidité acceptable, car cette approche en une seule étape est jugée à la fois sûre et efficace.

Bibliographie

- [1] L. Wagner, G.M., A. Vidart, S. Warembourg, J.-B. Terassa, N. Berrogain, E. Ragni, L. Le Normand, Traitement du prolapsus génital par promontofixation laparoscopique : recommandations pour la pratique clinique Progrès en Urologie, July 2016. **26**(1): p. S27-S37.
- [2] Y. Bousserghine, S.D., L. Wagner, K. Bouzoubaa, P. Costa, Incontinence urinaire d'effort de novo après promontofixation. Progrès en Urologie, October 2011. **21**(9): p. 631-635.
- [3] F.Sergent, N.D., j.-C.Sabourin ,J.-P.Marie ,C.Bunel ,L.Marpeau., Promontofixation : quelles protheses choisir ? Etude experimentale et clinique. Gynecologie Obstetrique&Fertilité 42, 2014. **42**: p. 499–506.
- [4] Agarwala N., H.N., Shade M. , Laparoscopic sacral colpopexy with Gynemesh as graft material. Experience and results J Minim Inv Gynecol 2007, 2007. **14**: p. 577-583
- [5] Conquy, S., et al., Traitement non chirurgical du prolapsus. Progrès en urologie 2009. **19**: p. 984—987.
- [6] Smail SI, B.C., Hagen S Les œstrogènes pour le traitement ou la prévention du prolapsus des organes pelviens chez la femme. Cochrane Database 8 septembre 2010.
- [7] S. Ghroubi, O.K., M Chaari, BB Ayed, Apport du traitement conservateur dans la prise en charge du prolapsus urogénital de bas grade. Le devenir après deux ans. Annales de réadaptation et de Médecine Physique, Mars 2008. **51**(2): p. 96–102.
- [8] Hanson LA, S.J., Flood CG, Cooley B. Tam F., Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. . int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2006. **17**(2): p. 155—9.
- [10] J. Kerdraon , P.D., Traitement conservateur de l'incontinence urinaire d'effort de la femme. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction décembre 2009. **38**(8): p. 174-181.
- [11] Abdelmounaim Qarro, M., Mohammed Asseban, MD, Khalil Bazine, MD, Mohammed Najoui, MD, Jamaledine Samir, MD, Youssef Ouhbi, MD, Amoqrane Beddouch, MD, Mohammed Lezrek, MD, et Mohammed Alami, MD, Anticholinergiques et hyperactivité vésicale. Can Urol Assoc J, 2014Jan-Feb **8**(1-2): p. E36–E43. .
- [12] Balmforth JR, M.J., Bidmead J, Cardozo L. , A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for femal12- Hay-Smith EJ, D.C., Pelvic floor muscle training versus no featment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev, 2006. **1**: p. CD005654.
- [13] Deval.B, H.F., Alain Pigné l'incontinence urinaire feminine :actualites. Gynécologie obstétrique & fenilité, 2008. **36**: p. l-7
- [14] 14-al., X.D.e., l'incontinence urinaire féminine: mécanismes d'action. Prog Urol 2013 Mai 02. **23**(8): p. 491-501. .
- [15] Le Normand, M.C., F. Cour, X. Deffieux, L. Donon, P. Ferry, B. Fatton, J.-F. Hermieu, H. Marret, G. Meurette, A. Cortesse, L. Wagner, X. Fritel, Recommandations pour la pratique clinique : synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP, et la SCGP. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, December 2016, Pages **45**(10): p. 1606-1613.
- [16] Renaud de Tayrac, X.D., Diagnostic et évaluation de l'incontinence urinaire et des prolapsus génitaux. Manuel pratique d'urogynécologie.