

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT PAR BANDELETTES SOUS URÉTRALE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL IDRISSE POUYE

TREATMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE BY URETHRAL SLING AT HOPITAL GENERAL IDRISSE POUYE

JALLOH M, NDOYE M, DIALLO A, FANNY N T G, MBODJI M M, GAYE O, THIAM N M, DABO O, DIAGNE S A, LABOU I, NIANG L, GUEYE S M.

Auteur correspondant : Mohamed JALLOH, Service d'Urologie Hôpital Général Idrissa Pouye, BP :3270
Tel : +221338694061, email : jmohamed60@yahoo.fr

RESUME :

Introduction : L'incontinence urinaire d'effort (IUE) est très fréquente chez la femme. La chirurgie mini invasive par pose de bandelette sous urétrale est un traitement de choix. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des premiers cas d'incontinence urinaire d'effort traités par bandelette sous urétrale au service d'urologie de l'Hôpital Général Idrissa Pouye (HOGIP).

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive transversale sur les femmes présentant une IUE et traitées par bandelette sous urétrale à HOGIP de 2006 à 2020. Les données collectées étaient l'âge, la parité, les antécédents médico-chirurgicaux, les caractéristiques de la fuite, l'examen clinique, le traitement et ces résultats. L'analyse statistique a été réalisée sur la base des calculs de moyenne (écart-type) et de proportion. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $\alpha = 5\%$.

Résultats : Nous avons colligé 12 patientes d'âge moyen de 41 ans (écart type : 20,94 ; extrêmes : 25 et 73 ans). Il s'agissait d'1 nullipare et 42% de grandes multipares. Le délai moyen de consultation était de 2,5 ans, 50% des patientes avaient 1 incontinence de 1er stade et 33% une incontinence de 2e stade. Cliniquement les fuites étaient corrigées par la manœuvre d'Ulmsten. Le traitement consistait en la pose de bandelettes de Tension-free Vaginal Tape (TVT) (n= 8) et de Trans Obturator Tape (TOT). A l'ablation de sonde, il n'y avait pas de fuites urinaires chez toutes les patientes. Une rétention d'urines a été notée chez une patiente à J2 post opératoire. Un cas de fuite a été noté à J15 post-opératoire puis réopéré à 2 mois post opératoire. Une infection urinaire a été notée chez 3 patientes.

Conclusion : L'âge et la grande la parité sont les facteurs aggravant retrouvés dans notre série d'IUE. La chirurgie par bandelettes TVT et TOT est efficace, réalisable et sans complications majeures. Un suivi prolongé permettra de mieux évaluer les résultats à long terme.

Mots clés : incontinence urinaire, bandelettes sous urétrale, urogynécologie

SUMMARY:

Introduction: Stress urinary incontinence (SUI) is very common in women. Minimally invasive surgery using sling is a treatment of choice. The aim of our study was to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of the first cases of SUI treated by urethral sling at the department of Urology of Hopital General Idrissa Pouye (HOGIP).

Materials and Methods: We conducted a descriptive cross-sectional study in women presenting a SUI and treated by urethral sling at HOGIP between 2006 and 2020. We collected data on patients age, parity, medical history, the characteristics of the SUI, the clinical findings and treatment. We computed mean (SD) and proportions. Statistical significance was obtained with $\alpha = 5\%$ both sided.

Results: We included 12 patients with mean age of 41 years (SD:20.94; range: 25 and 73 years). This included 1 nullipara and 42% of grand multipara. Mean time to referral was 2.5 years, 50% of women had a Stage 1 incontinence and 33% stage 2 incontinence. Clinically, the leak was stopped by Ulmsten maneuver. Treatment consisted of placement Tension-free Vaginal Tape (TVT) (n= 8) et de Trans Obturator Tape (TOT).

At catheter removal, there was no leak in any patient. A urinary retention was noted in 1 patient at post op day 2. SUI was noted in one patient at post op day15 prompting a second TVT placement 2 months after the first surgery. Urinary infection was noted in 3 patients.

Conclusion: Age and parity are frequent factors found in our series. Surgery with urethral sling (TVT, TOT) is effective, achievable without important complications. A longer follow-up will allow to assess long term outcomes.

Keywords: Urinaire incontinence, urethral sling, urogynecology

INTRODUCTION

L'incontinence urinaire est définie selon l'international continence society (ICS) comme une perte involontaire d'urine entraînant une plainte sociale et psychologique (1). Cette définition exclue les communications anormales des voies urinaires (congénitales et acquises) et l'incontinence par regorgement.

L'incontinence urinaire d'effort est définie par la plainte de fuites d'urines lors des efforts entraînant une hyperpression abdominale, elle est la plus fréquente chez la femme.

Une revue systématique d'études portant sur des femmes en maison de retraite indique que 43-77% (médiane à 58%) des femmes présentaient une incontinence urinaire (2). Sa prévalence relativement importante, a tendance à augmenter avec le vieillissement de la population féminine et elle a un retentissement sur le plan psychosocial et sur la qualité de vie.

La prévalence de l'incontinence varie d'un pays à un autre, une étude menée au Burkina Faso montre que l'incontinence urinaire d'effort était notée chez 54,6 % des femmes (3) dans une tranche d'âge de 18-29 ans et 63,8 % des femmes dans la tranche d'âge de 30-59 ans.

Le diagnostic est essentiellement basé sur les signes fonctionnels et l'examen physique.

Le traitement Médical (Œstrogène et anticholinergique) peut être envisagé en fonction de l'ancienneté et du degré de gêne. Le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort a longtemps été dominé par la colposuspension décrite par Burch avec un taux de succès de 75-82% à plus de 4 ans (4).

Depuis une dizaine d'années, de nouveaux traitements sont apparus qui ont amélioré les résultats et le confort des patients. Il s'agit de l'injection péri-urétrale d'agents de comblement et des mini-bandelettes de soutènement urétral (5). Les mini bandelettes ont montré leur efficacité liée à la suppression de l'hypermobilité urétrale, cependant les variations anatomiques du petit bassin entre les femmes blanches et les femmes noires posent la question de l'efficacité relative de ce traitement entre ces groupes. En effet, si les résultats de ces derniers traitements n'ont pas été bien rapporté en Afrique Sub Saharienne, il existe des différences anatomiques entre femmes blanches et femmes noires (6) qui pourraient entre autres facteurs jouer un rôle dans les résultats thérapeutiques notamment par les bandelettes sous urétrales.

L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des premiers cas d'incontinence urinaire d'effort traités par bandelettes sous urétrale au service d'urologie de l'Hôpital Général Idrissa Pouye.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons mené une étude descriptive transversale sur les femmes présentant une incontinence urinaire d'effort et traitées par bandelette sous urétrale à l'hôpital Général Idrissa Pouye (HOGIP) de Dakar dans la période de 2006 à 2020. Les patientes ont toutes été opérées en utilisant les bandelettes de type Boston Scientific Single Incision Sling (SIS).

Étaient incluses dans l'étude toutes les femmes de 18 ans et plus diagnostiquées d'incontinence urinaire d'effort. Pour chaque patiente nous avons collecté des données sur l'âge, la parité, les antécédents. Les variables cliniques concernaient les caractéristiques de la fuite selon classification d'Ingelman-Sundberg (7), les résultats de l'examen clinique, le traitement et ces résultats. Les Données ont été saisies sur Excel. Nous avons réalisé des calculs de moyenne (écart-type) et de proportion. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $\alpha = 5\%$

RESULTATS

Dans la période d'étude nous avons colligé 12 patientes présentant une incontinence urinaire d'effort et opérées par pose de bandelette sous urétrale.

Aspects Démographiques

Age des patientes

La moyenne d'âge des patientes était de 41 ans (écart type : 20,94 ; extrêmes : 25 et 73 ans), 50% des femmes ont plus de 50 ans. Le Tableau I résume la distribution des patientes par catégories d'âge.

Tableau I : Répartition par catégories d'âge de 12 patientes traités pour incontinence urinaire d'effort par bandelettes urinaire de 2006-2020 à HOGIP.

Tranches d'âge	Nombre de patientes
21-30	3
31-40	2
41-50	1
51-60	1
61-70	3
71-80	2
TOTAL	12

Distribution des patientes selon la parité

Dans notre échantillon on avait une seule nullipare. La médiane du nombre d'enfants était de 2,5 et 42% de nos patientes étaient des grandes multipares, la plus grande parité était de 7.

Antécédents

Dans notre étude nous n'avons pas retrouvée de pathologies gynécologiques. Deux patientes présen-

taient une hypertension artérielle (16,67%) et une patiente présentait une hernie discale. Sur le plan chirurgical, une seule patiente avait des antécédents de cure de fistule vésico vaginale. La figure 2 montre quelques étapes de pose d'une bandelette TVT.

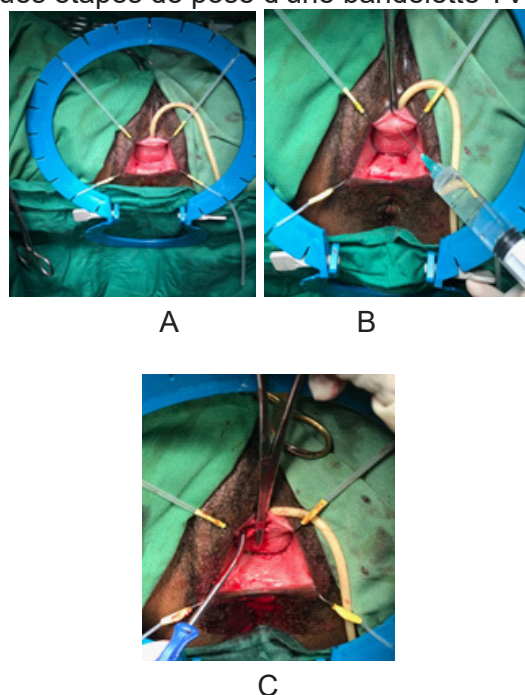


Figure 1 : Images d'étapes de la pose d'une bandelette TVT

A : Exposition vulvo vaginale ; B : Hydro dissection du vagin péri urétral préparant l'incision vaginale ; C : Bandelette en place, noter l'absence de tension vérifiée par la pince

Aspects cliniques

Le délai moyen de consultation était de 2 ans et demi. Le degré de l'incontinence urinaire d'effort a été évalué grâce à la classification d'Ingelman-Sundberg en fonction des circonstances d'apparition (Figure 2). Six patientes présentaient des fuites au premier stade soit 50% (fuites occasionnelles), 4 patientes présentaient des fuites au second stade soit 33 % (fuites habituelles) et 2 patientes présentaient des fuites au troisième stade soit 17 % (fuite permanentes).

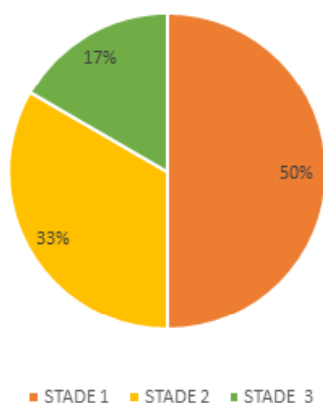


Figure 2 : Degrés de la fuite selon la classification d'Ingelman-Sundberg (7) chez 12 patientes présentant une incontinence urinaire d'effort traitées par bandelettes sous urétrales à HOGIP de 2006-2020

L'abondance de la fuite a été évaluée par le nombre de couches portées par 24h. Trois patientes ne portaient pas de couches ; 3 patientes utilisaient 2 couches/24h ; 2 patientes utilisaient 3 couches/24h ; 3 patientes utilisaient 4 couches/24h et 1 patiente utilisait 6 couches/24h.

Comme signes associés, 1 patiente présentait des brûlures mictionnelles, 1 patiente présentait une polakiurie et 4 patientes avaient une impériosité mictionnelle.

A l'examen physique, les fuites urinaires objectivées à la toux ont été corrigées par la manœuvre d'Ulms-ten chez toutes les patientes. Deux patientes présentaient une Cystocèle associée de grade I.

Explorations Complémentaires

Un Bilan urodynamique a été réalisé chez 3 patientes montrant chez 2 d'entre elles une insuffisance sphinctérienne moyenne.

Traitement

Une rééducation périnéale a été réalisée chez 5 patientes sans amélioration des fuites urinaires.

Le traitement chirurgical a été réalisé par la pose de bandelette de Tension-free Vaginal Tape (TVT) chez 8 patientes soit 66,66 %, tandis que pour quatre patientes la pose de bandelette de Trans Obturator Tape (TOT) a été réalisée, soit 33,33%. L'intervention a été réalisée sous anesthésie loco régionale avec une hospitalisation de 24h.

Évolution et Complications

L'ablation de la sonde de Foley a été faite à J2 post opératoire chez toutes les patientes. Les suites opératoires à court terme chez nos patientes étaient caractérisées par une absence de fuites urinaires chez toutes les patientes.

Une rétention d'urines a été notée chez une patiente à J2 post opératoire, la sonde urinaire a été remise puis à l'ablation de la sonde à J7 post opératoire, la miction était possible avec une légère faiblesse du jet mictionnel.

A J15 post-opératoire, une patiente opérée par bandelettes TVT a présenté des fuites urinaires, nous avons procédé à une remise de bandelette TVT à deux mois post opératoires.

Une infection urinaire a été notée chez 3 patientes.

DISCUSSION

Notre série rapporte les premiers cas de traitement d'incontinence urinaire d'effort chez la femme par bandelette sous urétrale.

Les facteurs étiologiques impliqués dans l'incontinence urinaire d'effort sont l'âge, la parité, la ménopause, l'obésité, les infections urinaires, la constipation chronique et les antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne. Dans notre série, une seule femme était

nullipare et 42% étaient de grandes multipares. Le diagnostic est clinique par une observation des fuites lors de l'effort.

Le délai moyen séparant le début de l'affection et la consultation chez le médecin dans notre étude est estimé à 2 ans et demi. De façon similaire Minaire et al. (8) rapporte un long délai de consultation expliqué en partie par le fait que 29% des femmes estiment être normales malgré leur incontinence.

Notre étude avait objectivé une incontinence urinaire de 1er degré (occasionnelle) chez 50% des patientes et un taux de 33,33% d'incontinence urinaire de 2nd degré (habituelle) alors que 16,67% des patientes présentaient des fuites permanentes du 3e degré.

Selon Minaire et al. (8) 9,9% des femmes incontinentes portent une garniture en permanence même si toutes les incontinenances ne nécessitent pas de protection alors que Burgio et al. (9) note que 26,5% des femmes sont obligés de changer de sous-vêtements et 3,5% changent leurs vêtements à chaque fuite. C'est ainsi que l'anticipation et la crainte de fuites urinaires explique que la grande majorité des femmes de notre série utilisaient des couches même si dans 50% des cas il s'agissait de fuites de 1er degré.

L'âge est admis comme facteur étiologique d'incontinence urinaire d'effort, et dans notre étude la moyenne d'âge était de 41 ans et plus de 50% des femmes ont 50 ans. Selon Peyrat et al. (10) 58,4% des patientes ont plus de 40 ans avec une proportion de 23,5% pour des patientes de plus de 55 ans. Tandis que Kambou et al. (11) rapportent 50% de cas chez les femmes de 18-29 ans et 63,08% pour un âge inférieur à 60 ans.

La parité

Notre grande proportion de grande multiparité (42%) est conforme avec l'association positive rapportée entre la parité et l'incontinence urinaire d'effort (12).

Le traitement

Dans notre série, la rééducation périnéale a été réalisée chez 5 patientes soit 41,66% sans succès. Depuis la popularisation par Kegel de la rééducation périnéale, un débat constant a lieu pour évaluer et comprendre les mécanismes d'action de la rééducation dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme. La contraction périnéale assure une meilleure clôture de l'urètre par un meilleur positionnement de celui-ci. Par ailleurs face à la mise en évidence d'un fonctionnement réflexe automatique de la contraction périnéale au cours de l'effort (13), il semble que la rééducation périnéale améliore la qualité de cette réponse à la fois sur la réponse réflexe et sur le positionnement du col vésical à l'effort.

Le traitement chirurgical par les bandelettes apporte un soutènement de l'urètre empêchant l'hypermobilité urétrale et palliant la perte de résistance à l'écou-

lement des urines. Il s'agit d'une chirurgie mini invasive avec hospitalisation de courte durée assurant un meilleur confort pour les patientes et les chirurgiens. Dans notre série le traitement de choix est le TVT à 66,66% contre le TOT à 33,33%. Ce profil est similaire à celui rapporté par Kim et al. (14) : TVT dans 66,87% des cas et TOT dans 33,33% des cas.

Évolution

Dans notre étude on note une bonne évolution chez 11 patientes avec reprise de la miction après ablation de sonde.

A J15 post opératoire, on notait chez 1 patiente une fuite urinaire obligeant à reprendre le TVT.

Goktolga et al. (15) ont montré que le taux de succès de la TVT à 87% à 6 mois était réduit à 74% à 5 ans. En comparant TOT et TVT Miller et al. (16) montrent un taux d'échec six fois plus élevé dans le groupe TOT que dans le groupe des TVT chez les femmes incontinentes.

Complications

Dans notre étude les complications étaient à type d'infection urinaire à 25% et de rétention d'urine à 9% mais la plupart de nos patientes n'ont pas eu de complications.

Selon Zugo et al. (17) le pourcentage d'infection urinaire varie de 1,4 à 20% on note aussi une rétention urinaire plus fréquente chez les patientes traitées par TVT que TOT.

Limites de l'étude

Les limites sont représentées par :

- La faible taille de l'échantillon
- Le manque de suivi à long terme.
- L'absence de dossier médical informatisé qui aurait permis un recueil plus exhaustif de données.

Malgré ces limites notre étude a l'intérêt de rapporter les premiers cas de traitement de l'incontinence urinaire d'effort par bandelettes sous urétrale. Elle a surtout montré la faisabilité technique de cette méthode chirurgicale mini-invasive qui constitue de nos jours le traitement de référence de l'incontinence urinaire d'effort. Au vu de nos résultats cette chirurgie est très encourageante dans notre contexte.

CONCLUSION

L'incontinence urinaire d'effort est la forme la plus fréquente d'incontinence urinaire féminine. L'âge et la grande parité sont les principaux facteurs retrouvés chez les patientes de notre série. Le traitement chirurgical dans notre série a consisté à un soutènement urétral par bandelettes synthétique de type TVT et TOT permettant de réduire l'hypermobilité urétrale augmentant ainsi la résistance à l'écoulement des urines. Nos résultats indiquent que cette technique est efficace, réalisable et sans complications impor-

tantes. Cependant un suivi prolongé est nécessaire pour mieux évaluer les résultats à long terme. La vulgarisation de cette technique mini invasive va améliorer le confort des patientes et des chirurgiens.

REFERENCES

- 1- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
- 2- Offermans MP, Du Moulin MF, Hamers JP, Dassen T, Halfens RJ. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *Neurourol Urodyn*. 2009;28(4):288-94.
- 3- Mikou F, Abbassi O, Benjelloun A, Matar N ; El Mansouri A. Prévalence de l'incontinence Urinaire chez les femmes marocaines à propos de 1000 cas. *Ann Urol* 2001 ; 35(5) :280-289
- 4- Debodinance P, Hermieu J.F, Lucot J.P. Traitement chirurgical de première intention de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme. *J Gyn Obstet Biol Rep* 2009 ; 38(8) : S182-S200
- 5- Faltin D.L. Epidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *J Gyn Obst Biol Rep*. 2009 ; 38(8) Supp 1 : S146-152.
- 6- Patriquin ML, Steyn M, Loth SR. Metric analysis of sex differences in South African black and white pelvis. *Forensic Sci Int*. 2005 Jan 29;147(2-3):119-27.
- 7- Fritel X, Fauconnier A, Bader G, Cosson M, Debodinance P, Deffieux X et al. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort de la femme adulte. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *Pelv Perineol* 2010;5 :195-202 (2010).
- 8- Minaire P et Jacquetin B. The prevalence of female urinary incontinence in general practice. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992;21(7):731-738.
- 9- Burgio K.L, Mathews K.A, Engel B.T. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991;146(5) :1255-1259
- 10- Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lawson Y. Prevalence et facteur de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune. *Prog Urol*. 2002;12:52-59
- 11- Kambou T, Zambo B, Bambara M, Thiambiano O, Sombie I, Dao B. Incontinence Urinaire de la femme en milieu urbain au Burkina Faso : Enquête épidémiologique auprès des femmes à Bobo Dioulasso. *Afr J Urol* 2005;11(1):45-54
- 12- Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993;149 (6):1459-1462
- 13- El Fatimi A, Aboutaieb R, Sarf I, Meziane F. Incontinence Urinaire de la femme Marocaine. Etude descriptive en milieu urbain. *Afr J Urol*. 2002;8(4):173-184
- 14- Kim H.G, Keun P.H, Hyun P.S, Suk C.W. Comparison of effectiveness between tension-free vaginal (tvt) and Trans-Obturator Tape (TOT) in patients with Stress urinary and Intrinsic Sphincter deficiency. *PLOS ONE*. 2016;26;11(5): e0156306.doi:10.1371/journal.pone.0156306. eCollection 2016
- 15- Umit G, Vedat A, Lufti T, Yenen MC, Gungor S, Ceyhan T, Baser I. Tension-free vaginal tape for surgical relief of intrinsic sphincter deficiency: results of 5-year follow-up. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15(1):78-81.
- 16- Miller J.J, Botros S.M, Akl M.N, Aschkenazi SO, Beaumont J.L, Goldberg R.P, Sand P.K. Is transobturator tape as effective as tension-free vaginal tape in patients with borderline maximum urethral closure pressure? *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(6):1799-1804
- 17- Zugor V, Labanaris A, J. Witt, Hammerer P and Wucherpfennig W. TVT vs TOT : a comparison in terms of continence results, complications and quality of life after a median follow-up of 48 months. *Int Urol Nephrol*. 2010;42(4):915-920