

DÉCLARATION DE PRINCIPLE*

DIRECTIVES CLINIQUES SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE APRÈS UNE CHIRURGIE DES STRUCTURES PÉRINÉALES OU UNE CORRECTION DE L'INCONTINENCE

N° 74, juillet 1998

Ces directives ont été préparées par le Sous-comité d'urogynécologie et approuvées par le Conseil.

MEMBRES DU SOUS-COMITÉ D'UROGYNÉCOLOGIE :

Harold Drutz, MD, FRCSC (président) Toronto (Ont.)
Scott Farrell, MD, FRCSC Halifax (N.-É.)
Marie-Claude Lemieux, MD, FRCSC Montréal (Qué.)
Thomas Mainprize, MD, FRCSC Calgary (Alb.)
David H.L. Wilkie, MD, FRCSC Vancouver (C.-B.)

INTRODUCTION

Les patientes qui se plaignent d'incontinence urinaire nouvelle ou récurrente après une chirurgie reconstructive des structures périnéales ou une correction chirurgicale de l'incontinence doivent faire l'objet d'une

évaluation complète pour déterminer la cause de cette incontinence.¹ On pourra classer la plupart de ces patientes dans l'une des catégories suivantes :

CAUSES IMMÉDIATES DE L'INCONTINENCE URINAIRE

1. La chirurgie constituait un traitement inopportun.
2. La correction chirurgicale de l'incontinence d'effort a échoué ou n'était pas durable.
3. L'incontinence d'effort latente n'a pas été diagnostiquée avant l'opération.²
4. Une complication intraopératoire ou postopératoire a causé l'incontinence.^{3,4}

* Déclaration de principe : le document d'opinions fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celle-ci et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.



CAUSES À LONGUE DATE DE L'INCONTINENCE URINAIRE

1. Déficience des tissus conjonctifs.
2. États pathologiques prédisposants (p. ex. broncho-pneumopathie chronique obstructive).
3. Vieillesse urogénitale.
4. Bien que la chirurgie ait été indiquée, on a eu recours à une intervention inopportune.

ÉVALUATION

L'évaluation doit être conçue pour identifier un ou un ensemble des problèmes éventuels suivants :

1. Altération du mécanisme du sphincter externe de l'urètre.⁵
2. Instabilité du détrusor.⁶
3. Dysfonction mictionnelle.⁷
4. Fistule urogénitale.⁸
5. Prolapsus pelvien persistant ou nouveau.

Incompétence du sphincter externe de l'urètre

Le soutien extrinsèque de l'urètre est essentiel à la continence, mais cette dernière n'est maintenue que si elle est complétée par une fonction urétrale intrinsèque normale.¹⁰ Voici les éléments qui se traduisent par une fonction urétrale normale :

1. Une muqueuse urétrale saine.
2. Un plexus veineux normal.
3. La fonction du sphincter lisse.
4. La fonction du sphincter strié externe.

Des facteurs, comme le manque d'oxygène, le vieillissement des tissus et l'énervation ou la perturbation des sphincters, peuvent provoquer une déficience prononcée de la fonction intrinsèque du sphincter externe de l'urètre.

La majorité des interventions chirurgicales visant à traiter l'incontinence d'effort est conçue pour rétablir le soutien extrinsèque de l'urètre.² Même si on ne sait pas exactement quel mécanisme est responsable du rétablissement de la continence après la réussite de la chirurgie, la seule constatation urodynamique constante suivant l'opération est une transmission améliorée de la pression à l'urètre.¹¹ Ce changement urodynamique est sans doute attribuable à une meilleure transmission de la pression intra-abdominale à l'urètre nouvellement soutenu. On suppose aussi que le soutien distal de l'urètre provoque une plicature de la jonction urétrovésicale

quand la partie proximale de l'urètre et de la vessie descend pendant des augmentations de la pression intra-abdominale.¹² D'après ce modèle, il est évident que pour corriger l'incontinence d'effort au moyen de la chirurgie, il faut stabiliser l'urètre et le mettre en position à l'intérieur de la cavité abdominale. La chirurgie échouera parce qu'on aura pas établi cette stabilité au moment de l'opération ou qu'on aura pas maintenu la stabilité assez longtemps.

La mobilité de la jonction urétrovésicale peut être évaluée grâce à l'examen clinique (test de Marshall-Bonney), au test des coton-tiges, à l'échographie, la vidéocysto-urétrographie et l'urétroscopie. Si une hypermobilité est constatée, on peut conclure que la chirurgie n'a pas réussi à établir ou maintenir le soutien de la jonction urétrovésicale. Si cette dernière est maintenue en position rétropubienne élevée, on peut alors penser que l'objectif de la chirurgie est atteint et que l'échec serait attribuable à une déficience intrinsèque du sphincter externe de l'urètre (DISEU).¹⁰ On peut découvrir un défaut de soutien (hypermobilité) associé à une déficience de la fonction intrinsèque du sphincter (DISEU).

Une patiente atteinte de DISEU nécessitera une évaluation plus approfondie. Une pression maximale de fermeture de l'urètre < 20 cm d'eau sur un profil de pression de fermeture de l'urètre est associée à un taux d'échec élevé de la chirurgie rétropubienne en cas d'incontinence.¹³ Une pression au point de fuite < 50 cm d'eau a également servi à déterminer l'altération de la fonction intrinsèque de l'urètre.¹⁴

La chirurgie répétée peut causer des traumatismes importants de l'urètre, ce qui lui donne l'apparence d'un « drain » cicatrisé et rigide, dénué de toute fonction sphinctérienne.² Dans cet état, l'urètre constitue un canal ouvert d'où les urines fuient continuellement. L'urétroscopie révélera un tube rigide et lisse, sans coaptation. La jonction urétrovésicale est ouverte, et on peut la visualiser à partir de tous les points de l'urètre. La vidéocysto-urétrographie confirmera l'immobilité et l'ouverture de l'urètre.

INSTABILITÉ DU DÉTRUSOR

L'instabilité du détrusor (ID) non diagnostiquée avant la chirurgie peut causer une incontinence persistante après la chirurgie.⁴ Une nouvelle instabilité du détrusor peut apparaître après une correction chirurgicale de l'incontinence d'effort.¹⁵ Les patientes se plaindront habituellement de miction impérieuse. La



cystoscopie permet parfois de déterminer la maladie vésicale responsable de l'ID. Bien qu'un simple cystométo-gramme permette d'identifier la plupart des cas d'instabilité du détrusor par suite d'une chirurgie, la cystométrie de provocation et de soustraction est indiquée si le diagnostic est douteux. Dans certains cas, une exploration plus approfondie par cystométrie ambulatoire pourrait être indiquée.

DYSFONCTION MICTIONNELLE

La dysfonction mictionnelle consécutive à la chirurgie pelvienne peut se manifester pour plusieurs raisons.¹⁶ Les patientes ayant des mécanismes mictionnels anormaux avant l'opération seront peut-être incapables d'évacuer la vessie après une élévation chirurgicale de la jonction urétrovésicale. Une élévation excessive de la jonction urétrovésicale peut donner le même résultat chez les patientes ayant des mécanismes mictionnels normaux avant l'opération. L'évacuation incomplète se manifestera à des degrés moyens par la fréquence urinaire, l'hésitation et la nycturie. Une altération mictionnelle plus grave se manifeste par la rétention urinaire, la distension vésicale et l'incontinence par regorgement, l'infection urinaire récurrente et la décompensation possible des voies urinaires supérieures. Une urodébitmétrie simple, comprenant la mesure du volume résiduel postmictionnel, est suffisante pour dépister la dysfonction mictionnelle. Le résidu postmictionnel peut être mesuré par cathétérisme, échographie ou radiographie de contraste. Un tracé mictionnel intermittent obtenu par urodébitmétrie ou un résidu postmictionnel élevé devrait justifier des tests mictionnels plus poussés et une mesure simultanée des pressions mictionnelles, du débit urinaire, de l'EMG et de l'activité du sphincter externe de l'urètre. Les autres corrections chirurgicales de l'incontinence devraient être planifiées avec prudence chez les patientes qui présentent une dysfonction mictionnelle prononcée dans les suites opératoires.

FISTULE UROGÉNITALE

La fistule urogénitale est une complication rare après la correction chirurgicale de l'incontinence.^{8,9} Une fistule peut exister entre le vagin et l'urètre, la vessie, l'urètre ou un ensemble de ces organes. La cysto-urétroscopie devrait permettre d'identifier les fistules dans l'urètre ou la vessie. Si une fistule n'est pas évidente, on peut instiller de l'eau ou du lait stérile mélangé à du carmin

d'indigo ou une solution de bleu de méthylène dans la vessie pendant un examen au spéculum ou après avoir placé des tampons dans le vagin. La coloration d'un tampon confirmera la présence d'une fistule. Quand ces tests sont négatifs, la pyélographie intraveineuses (PIV) est indiquée pour identifier les lésions des voies urinaires supérieures. Le carmin d'indigo par voie intraveineuse et le test des tampons peuvent aussi permettre d'identifier une fistule urétérovaginale.

TRAITEMENT

Les patientes qui présentent une incontinence urinaire persistante ou récurrente après une correction chirurgicale de l'incontinence urinaire d'effort peuvent être classées dans l'une des catégories diagnostiques suivantes :

A. INCONTINENCE D'EFFORT

1. L'urètre est hypermobile et la pression maximale de fermeture urétrale > 20 cm d'eau ou la pression au point de fuite > 50 cm d'eau. La muqueuse de l'urètre est normale. Le traitement consiste à pratiquer une urétropexie rétropubienne.²
2. L'urètre est hypermobile et la pression maximale de la fermeture urétrale est < 20 cm d'eau ou la pression au point de fuite est < 50 cm d'eau. La muqueuse de l'urètre est normale. Le traitement consiste à pratiquer une intervention de fronde sous-urétrale.^{17,18,19}
3. La mobilité urétrale est réduite (urètre fixe), la muqueuse urétrale est cicatrisée et la pression de fermeture urétrale est faible. Les possibilités de traitement comprennent une intervention de fronde occlusive,² des injections de graisses/collagène péri-urétrales,²⁰ le recours à un sphincter artificiel,^{21,22} la dérivation urinaire ou le cathétérisme chronique (intermittent ou continu).

B. DÉTRUSOR INSTABLE

1. Le cystométo-gramme confirme l'instabilité de la vessie. Le traitement est médical ou comportemental.¹⁴

C. DYSFONCTION MICTIONNELLE

1. La fréquence urinaire correspond à une augmentation moyenne du résidu postmictionnel. Le traitement conservateur de ce problème peut comporter le réconfort, les médicaments,²² les toilettes régulières, la double miction et la pose d'une sonde urétrale.



2. La patiente est totalement incapable d'évacuer. Ce problème peut être traité par l'autocathétérisme intermittent, l'utilisation d'un pessaire pour corriger l'élévation d'une cystocèle ou l'enlèvement et le remplacement des sutures de suspension ou de la fronde urétrovésicale. Si le problème n'est pas causé par une obstruction, on peut alors recourir à la stimulation du nerf sacré²⁴ et la manipulation pharmacologique.

D. FISTULE UROGÉNITALE

Il faut corriger les fistules urogénitales au moyen de diverses interventions chirurgicales.²⁵ On choisira l'intervention selon la gravité et l'emplacement de la fistule. La description des interventions spécifiques dépasse la portée de ce manuscrit.

E. INCONTINENCE MIXTE

Il faudrait recourir aux possibilités de traitement conservateur à la fois de l'incontinence d'effort et de la miction impérieuse et en maximiser les avantages avant d'entreprendre une autre chirurgie. La fistule et l'incontinence d'effort véritable peuvent coexister. Si on entreprend une chirurgie, celle-ci devrait corriger tous les troubles d'incontinence et de prolapsus des structures périnéales.

J SOC OBSTET GYNAECOL CAN 1998;20(8):782-85

RÉFÉRENCES

1. Scotti RJ. The diagnosis and treatment of surgical failures for genuine stress incontinence. *AUGS Quarterly Report* 1992;10:2.
2. Farrell SA, Ostergard DR. Choice of procedure for stress incontinence. In: Benson JT ed. *Female pelvic floor disorders*. New York: W.W. Norton and Company, 1992:232-36.
3. Vierhout ME, Mulder AFP. De novo detrusor instability after burch colposuspension. *Acta Obstet Gynecol Scan* 1992;71:414-16.
4. Nygaard IE, Kreder KJ. Complications of incontinence surgery. *Int Urogynecol J* 1994;5:353-60.
5. McGuire EJ. Urodynamic findings in patients after failure of stress incontinence operations. *Prog Clin Biol Res* 1981;78:351-60.
6. Erickson BC, Hagen B, Eik-Nes SH, Molne K, Mjilnerd OK, Romslo I. Long-term effectiveness of the Burch colposuspension in female urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol* 1990;69:45-50.
7. Feyereisi J, Dreher E, Haenggi W, Ziikmund J, Schneider H. Long-term results after Burch colposuspension. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171:647-52.
8. Mainprize TC, Drutz BP. The Marshall-Marchetti-Krantz procedure: a critical review. *Obstet Gynecol, Surv* 1988;43:724-29.
9. Drutz HP, Mainprize TC. Unrecognized vesicovaginal fistula as a cause of persistent urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:237-40.
10. Swift SE. Intrinsic urethral sphincter deficiency. In: Ostergard DR, Bent AG eds. *Urogynecology and Urodynamics. Theory and practice*. Baltimore: Williams and Wilkins 1996;151-63.
11. Ulmsten U, Henriksson L. A urodynamic evaluation of the effects of abdominal urethrocystopexy and vaginal sling urethroplasty in women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1978;131:77-82.
12. Hertogs K, Stanton SL. Mechanism of urinary continence after colposuspension: barrier studies. *Brit J Obstet Gynecol* 1985;92:1184-88.
13. Sand PK, Bowen LW, Panganipan R, Ostergard DR. The low pressure urethra as a factor in failed retropubic urethropey. *Obstet Gynecol* 1987;69:399-402.
14. Bump RC, Coates KW, Cundiff GW, Harris RL, Weidner AC. Diagnosing intrinsic sphincter deficiency: comparing urethral closure pressure, urethral axis and valsalva leak point pressures. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:303-10.
15. Long-term follow-up detrusor instability following the colposuspension operation. *Brit J Urol* 1985;58:138-42.
16. Lose G, Jorgensen L, Montensen SO, Molsted-Pederson L, Kristensen JK. Voiding difficulties after colposuspension. *Obstet Gynecol* 1987;69:33-8.
17. Beck RP, McCormick S, Nordstrom L. The fascia lata sling procedure for treating recurrent genuine stress incontinence of urine. *Obstet Gynecol* 1989;72:699-703.
18. Morgan JE, Farrow GA, Stewart FG. The marlex sling operation for the treatment of recurrent stress incontinence: a sixteen year review. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:224-6.
19. Summitt RL, Bent AE, Ostergard DR, Harris TA. Suburethral sling procedure for genuine stress incontinence and low urethral closure pressure: a continued experience. *Int Urogynecol J* 1992;3:18-21.
20. Appell RA. New developments: injectables for urethral incompetence in women. *Int Urogynecol J* 1990;117-119.
21. Drokno AC, Hollander JB, Alderson TP. Artificial urinary sphincter for recurrent urinary incontinence: indications and results. *J Urol* 1987;138:778-80.
22. Scott FB. The artificial urethral sphincter: experience in adults. *Urol Clin North Am* 1989;16:105.
23. Tamella T. Prevention of prolonged voiding after unexpected postoperative urinary retention: comparison of phenoxybenzamine and carbachol. *J Urol* 1986;136:1254-1257.
24. Tanaglo EA. This month in investigative urology. Commentary on selective detrusor activation by electrical sacral nerve root stimulation in spinal cord injury. *J Urol* 1997;157:1196.
25. Elkins TE. Fistula surgery: past, present and futures directions. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunctions* 1997;8:30-5.