

## Incontinence urinaire chez la femme La chirurgie particulièrement efficace

En cas d'échec de la rééducation périnéale, le traitement chirurgical devrait être systématiquement proposé à la patiente souffrant d'incontinence urinaire d'effort par insuffisance sphinctérienne et ce, quel que soit l'âge.

● L'incontinence urinaire touche plus de 3 millions de femmes en France, à tous les âges de la vie. Le congrès de la société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi-périnéologie (SIFUD) a été l'occasion de souligner la place de la chirurgie dans la restauration de la continence.

### **Bandelettes en première intention**

En cas d'échec de la rééducation périnéale, le traitement de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) modérée à sévère par insuffisance sphinctérienne (IS) chez la femme est exclusivement chirurgical. À condition, a rappelé le Dr Brigitte Fatton-Merat, gynécologue au CHU de Nîmes, « que le choix de la thérapeutique à adopter soit impérativement discuté avec la patiente, de manière à savoir ce qu'elle attend de la chirurgie ».

En cas d'IUE modérée avec IS, une bandelette sous-urétrale (BSU)

peut être proposée. L'intervention chirurgicale est simple, avec une bandelette posée soit par voie transvaginale (TVT : Tension Free Vaginal tape), soit par voie trans-obturatrice (TOT : Trans Obturator Tape). La morbidité est faible mais les résultats sont parfois imparfaits. Selon le Dr Fatton-Merat, « la bandelette rétropubienne [TVT], qui a démontré sa supériorité sur le transobturateur dans plusieurs études, est à privilégier ». Mais la mobilité urétrale doit être prise en compte car « l'absence d'hypermobilité urétrale est un facteur de risque d'échec pour la TVT », précise-t-elle.

Lorsque la BSU ne suffit plus à maintenir une continence normale, les agents de comblement peuvent être proposés. Ils permettent une amélioration du confort de vie dans la grande majorité des cas, voire une guérison. Mais pour une amélioration franche de la continence, des solutions plus efficaces existent.

### **Le sphincter artificiel, un dispositif méconnu**

Pour les patientes souhaitant être totalement sèches, qui ne présentent pas de comorbidités associées, notamment de déficience intellectuelle, le sphincter urinaire artificiel (SUA) peut être proposé. Un ballon, placé en para-vésical,



PHANIE

**Le traitement chirurgical devrait être proposé en cas d'échec de la rééducation périnéale**

exerce une compression active de l'urètre lorsqu'il est gonflé. Grâce à une pompe située au niveau de la grande lèvre, la patiente peut ouvrir le sphincter urétral par dégonflement du ballon et vider sa vessie.

La durée de vie moyenne du SUA est de 11 ans, avec une médiane d'environ 14 ans. Le taux de continence totale est généralement supérieur à 80 % ; le taux de réussite supérieur à 5 ans. Pourtant, le SUA est

peu utilisé chez la femme du fait, notamment, d'un « manque d'information ou d'une vision négative de ce dispositif artificiel », explique le Dr Adrien Vidart, urologue à hôpital Foch de Suresnes. La technique d'implantation est délicate, en particulier par voie ouverte, et nécessite des chirurgiens entraînés pour être réalisée. Pour autant, selon les recommandations 2016 de l'Association française d'urologie, le SUA est le « gold standard pour le traitement de l'IUE par IS avec une perte de mobilité urétrale ». L'European Association of Urology est plus réservée :

du fait d'un risque plus important de complications et d'explantations, elle considère que le SUA peut parfois être utilisé en deuxième intention, dans des centres experts.

### **Des ballons pour soutenir les sphincters**

Les ballons ACT (adjustable continence therapy) peuvent également être proposés, notamment chez la femme âgée ayant des comorbidités limitant l'utilisation du SUA. Ces prothèses, placées de part et d'autre de l'urètre, ont une fonction de maintien qui permet d'augmenter le fonctionnement des sphincters. « Les avantages de cette technique sont la gestion simple des complications et sa réversibilité, souligne le Dr Adrien Vidart. Mais il existe peu de séries publiées, notamment sur le long terme », ajoute le spécialiste qui précise cependant que « selon les 8 études disponibles, le taux de guérison avoisine les 45 % et l'on constate jusqu'à 80 % d'amélioration significative. » En revanche, « le résultat n'est pas instantané et demande des ajustements, ce qui nécessite de revoir la patiente plusieurs fois, ajoute-t-il. De plus, la courbe d'apprentissage est longue et il n'existe pas d'acte CCAM pour cette technique ».

Stéphanie Mocquery