

23 ET 24 NOVEMBRE 2023

19^{èmes} Journées Daniel Dargent

de Chirurgie Gynécologique,
Cancérologique et Mammaire

Centre de Congrès de Lyon
Cité Internationale
50 quai Charles de Gaulle
69463 Lyon Cedex 06

COMITÉ D'ORGANISATION

Services de Gynécologie Obstétrique
des CHU de Lyon Sud, HPM, Clermont
Ferrand, Saint Etienne et Grenoble

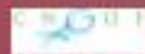
Pr François GOUFFIER, Pr Pierre Adrien
BOUZE, Pr Gauthier CHÉNE, Pr Gery
LAMBUN, Pr Michel CANIS, Pr Nicolas
BOURDEL, Pr Céline CHAULBUR, Dr
Thierry MICHY et le Cercle Daniel Dargent

Sous la présidence du Professeur

Olivier GRAESSLIN (Retraité)

SECRÉTAIRE D'ORGANISATION

Etienne JARRY
e.jarry@orange.fr
<http://www.journeesdanieldargent.fr/>



16h45

TABLE RONDE « Incontinence urinaire : vers la fin des BSU ? »

Président : Pr Michel COSSON (Lille)

Modérateur : Pr Gery LAMBUN (Lyon)

o Auditorium Pasteur

o Incontinence urinaire : quel bilan et quelle rééducation en
2023 ? Dr Brigitte FATTON

o Comment choisir la meilleure BSU : TOT ou TVT ?

Dr Xavier DEFFIEUX

o Alternative à la BSU : agent de comblement ou laser ?

Pr Gery LAMBLIN

o Complication des BSU : nouvelles recommandations HAS,

Dr Sandrine CAMPAGNE-LOISEAU

o J'adapte ma technique en fonction d'éventuelles grossesses ?

Pr Michel COSSON

IUE: quel bilan et quelle rééducation en 2023 ?

Brigitte Fatton
Urogynécologie
CHU de Nîmes



IUE : vers la fin des BSU?

- OH que NON.....!!
- Ce n'est ni justifié
- Ni souhaitable

TABLE RONDE « Incontinence urinaire : vers la fin des BSU ? »

Président : Pr Michel COSSON (*Lille*)

Modérateur : Pr Gery LAMBLIN (*Lyon*)

① Auditorium Pasteur

② Incontinence urinaire : quel bilan et quelle rééducation en 2023 ? Dr Brigitte FATTON

③ Comment choisir la meilleure BSU : TOT ou TVT ?

Dr Xavier DEFFIEUX

④ Alternative à la BSU : agent de comblement ou laser ?

Pr Gery LAMBLIN

⑤ Complication des BSU : nouvelles recommandations HAS,

Dr Sandrine CAMPAGNE-LOISEAU

⑥ J'adapte ma technique en fonction d'éventuelles grossesses ?

Pr Michel COSSON



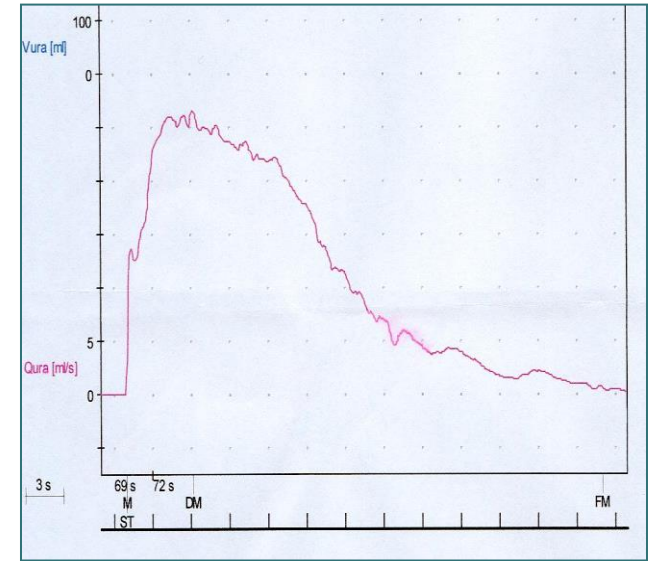
Quel bilan face à IUE

- Avant tout et toujours la CLINIQUE
 - Interrogatoire – questionnaires de symptômes et de gêne
 - Examen clinique dans de bonnes conditions
 - Vessie normalement remplie
 - Position couchée assise et/ou debout
 - Effort bien obtenu
 - Evaluation du degré de mobilité
 - Positivité ou non de la manœuvre de soutènement



Le Bilan urodynamique

- Non obligatoire si IUE pure
 - La débitimétrie avec mesure du RPM suffit
 - Mais peut servir à délivrer une information complète
- Recommandé si IUE récidivée, si association à d'autres troubles du bas appareil urinaire
- Intéressant pour dépister
 - Les mictions par poussée >>> à rééduquer avant la chirurgie
 - Les grandes vessies hypocontractiles >>> prudence pour éviter les retentions post-op
 - Les insuffisances sphinctériennes >>> prévenir du risque de résultat incomplet
 - L'HAD associée >>> prévenir du risque de résultat incomplet



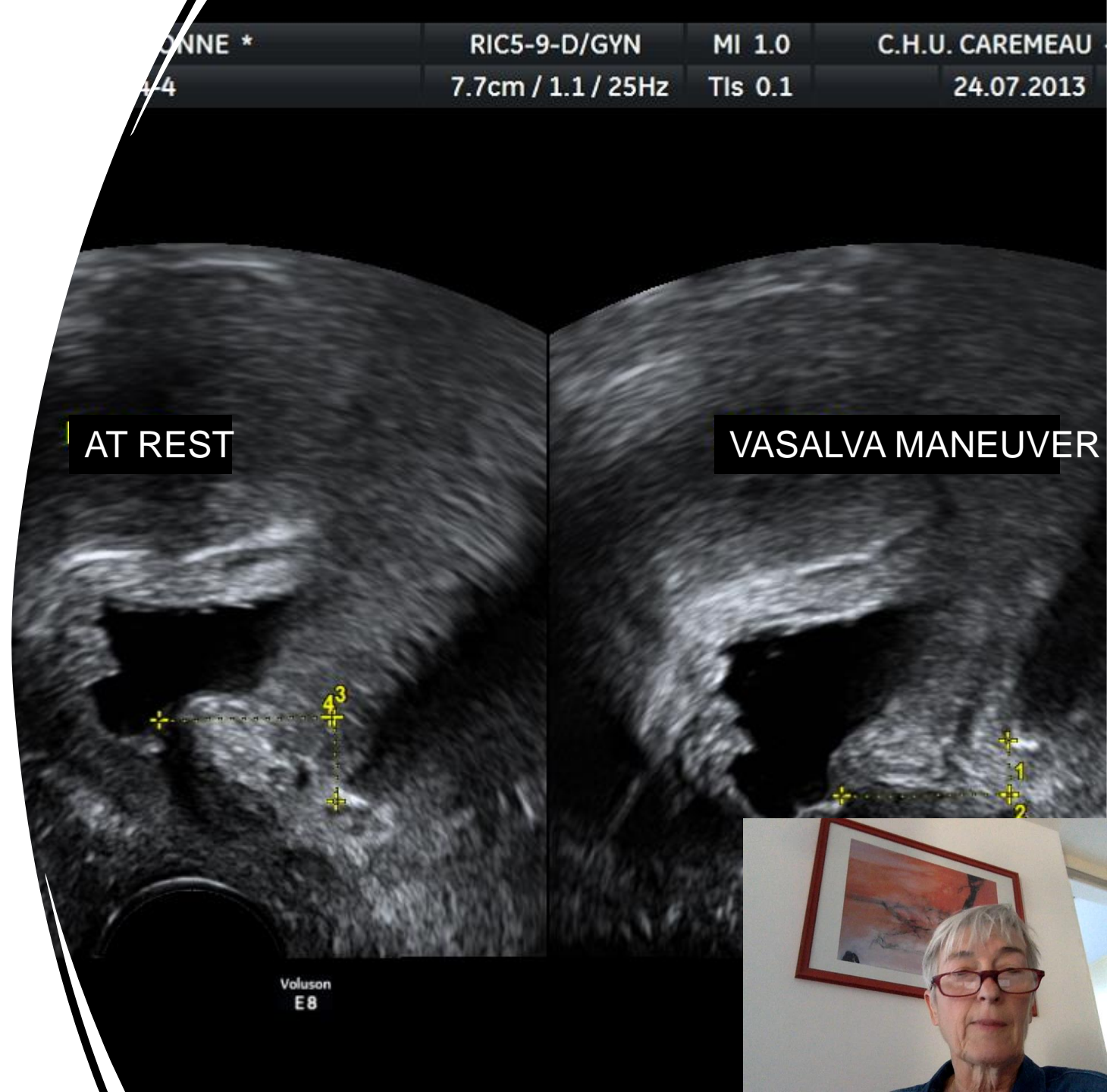
L'échographie urogynécologique

- Permet l'évaluation du degré de mobilité : Qtip échographique
- Permet de visualiser une béance cervicourétrale : funneling
- Très intéressante aussi si IUE récidivée post BSU
 - Seul examen permettant une visualisation de la BSU
 - Position, étalement, efficacité (clichés dynamiques)
 - Aide à la compréhension des échecs ou des complications



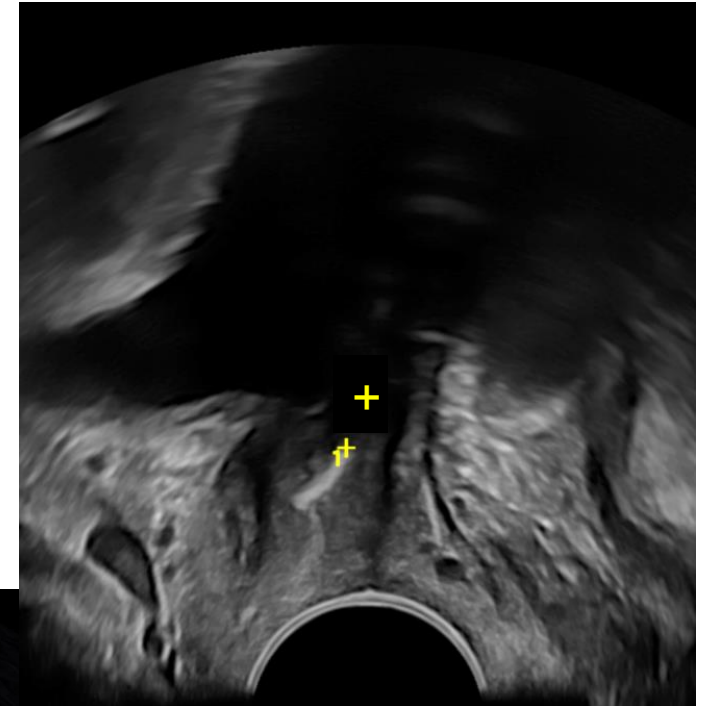
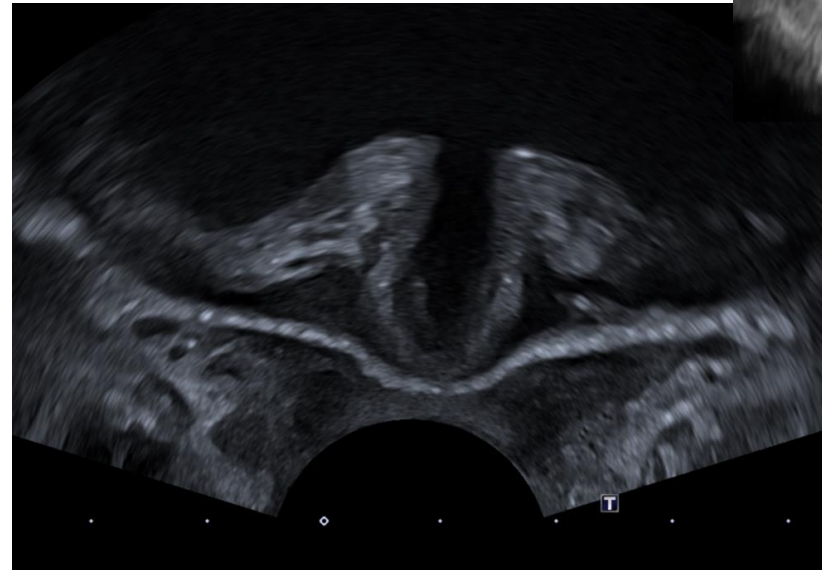
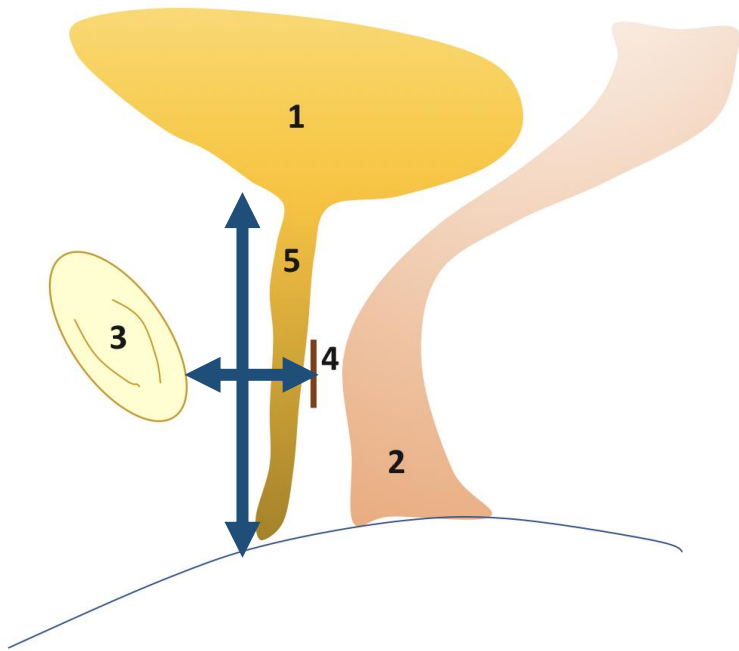
Echographie et séquences dynamiques

- Manoeuvre de Valsalva
- Effort de toux
- Pendant la miction



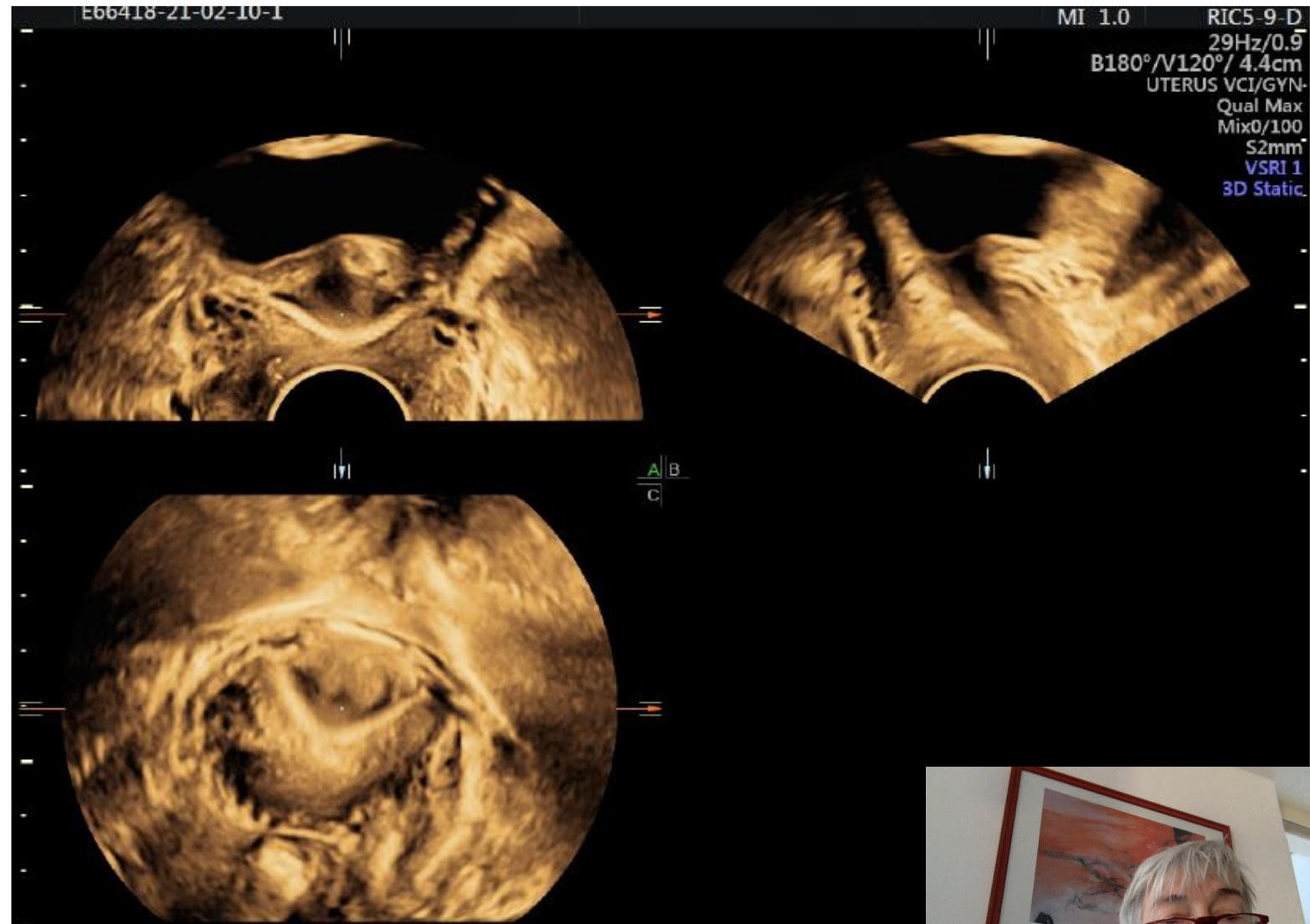
Aspect échographique normal d'une BSU

- Au repos



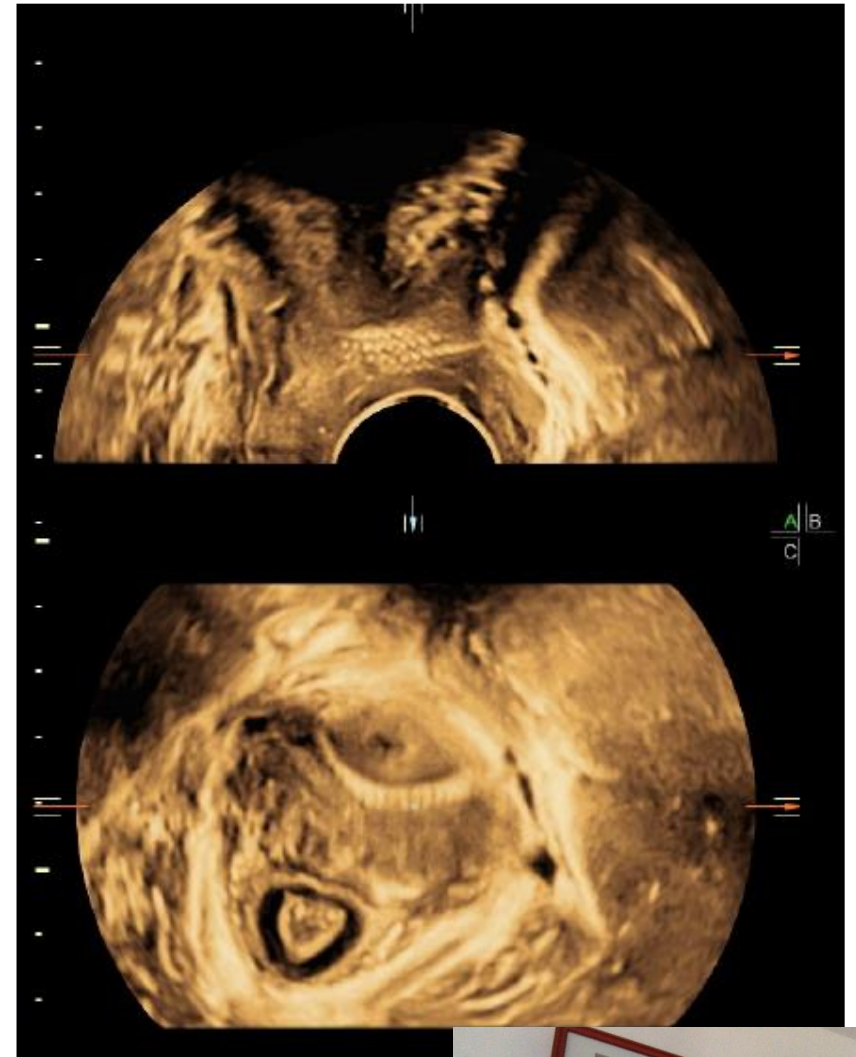
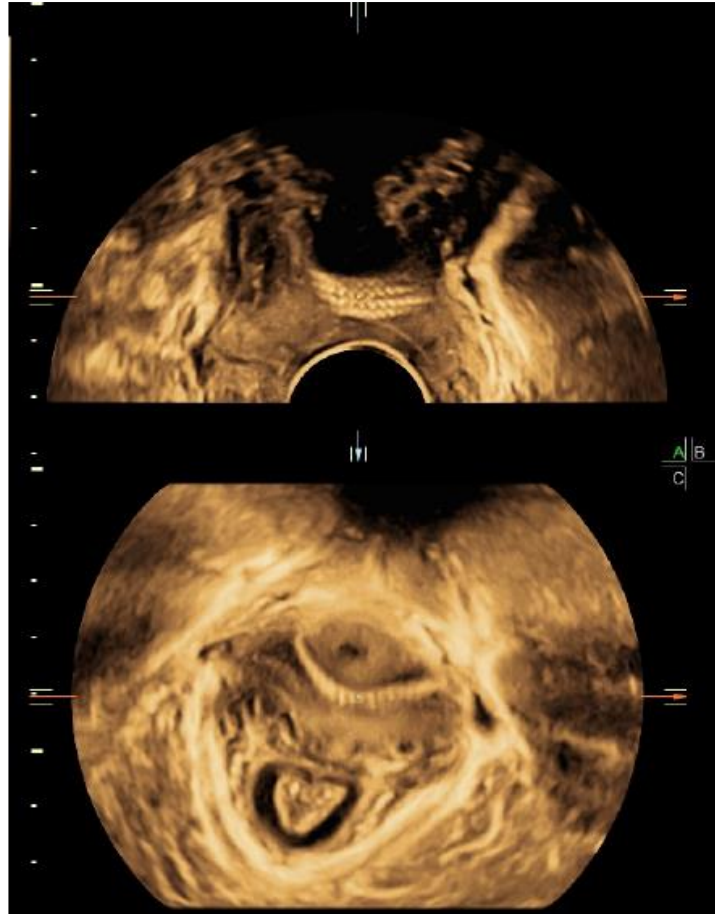
Aspect normal

- Dans les 3 plans orthogonaux



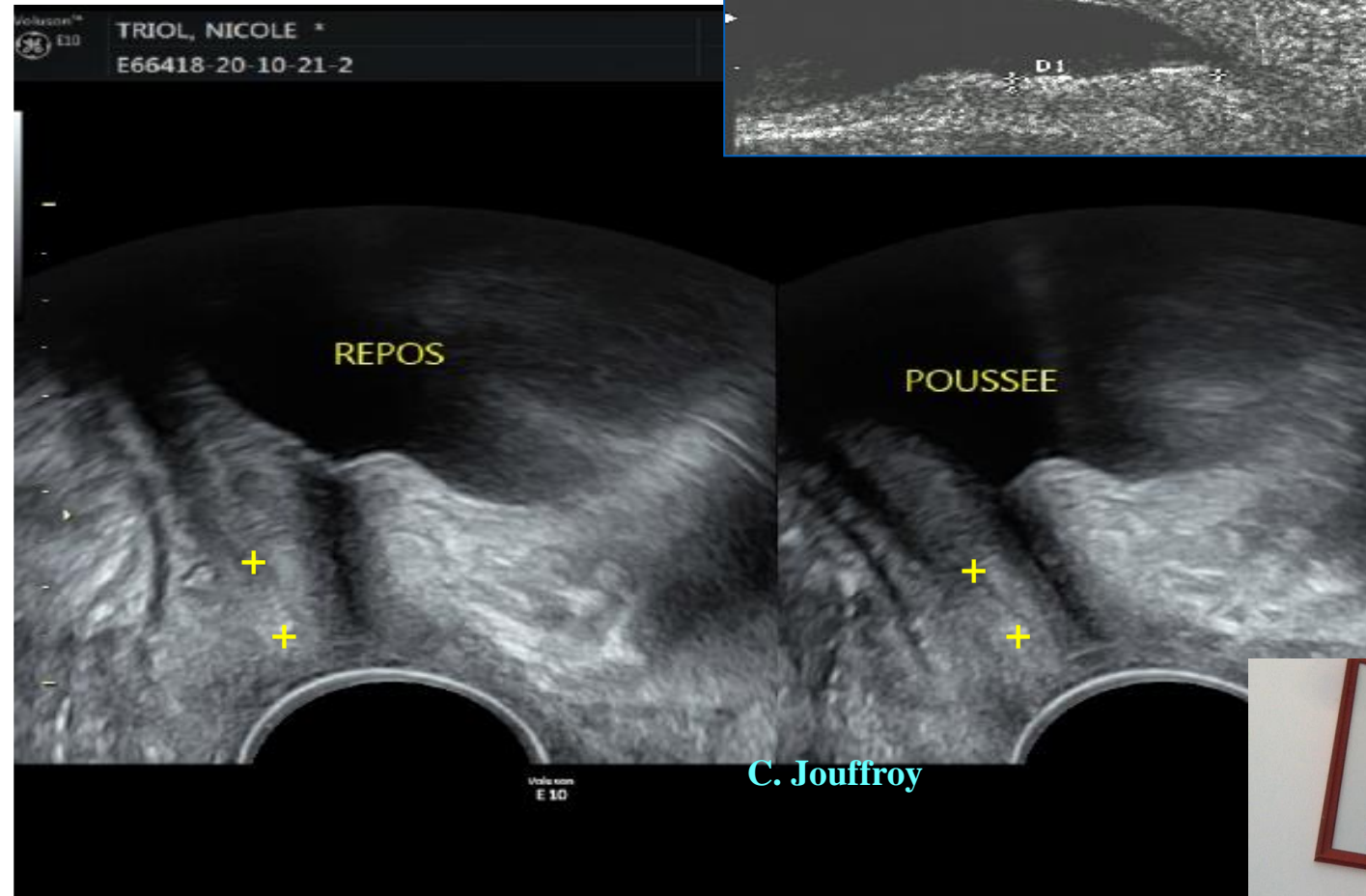
Aspect normal

- Coupes coronale et axiale



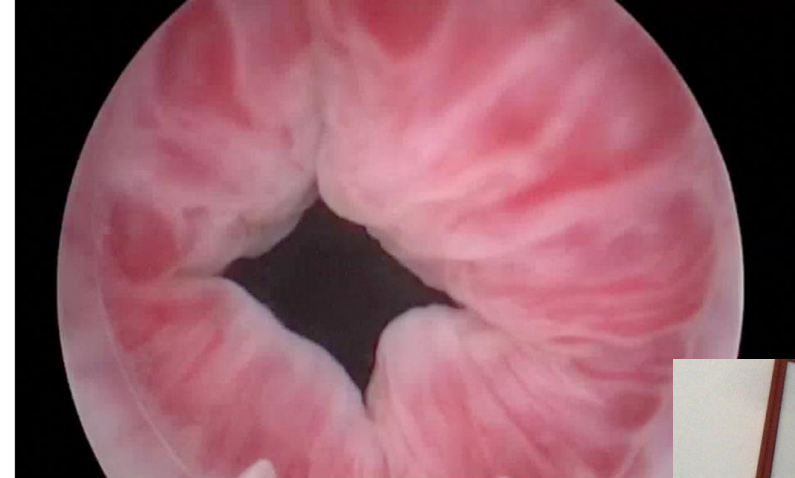
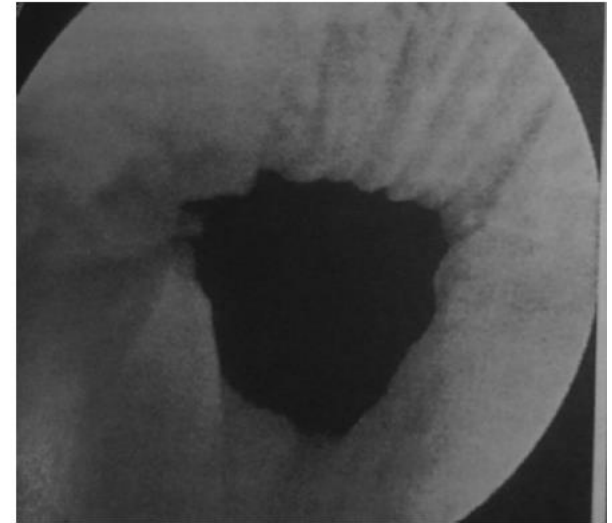
Comprendre les échecs de BSU

- Situation correcte au repos
- Lors du valsalva
 - Pas d'hypermobilité
 - Ouverture du col vésical
 - Glissement de l'urètre



L'uréthro cystoscopie

- Indications privilégiées:
 - IU récidivée
 - IUE associée à d'autres troubles du bas appareil urinaire
 - HAV
 - Difficultés mictionnelles
- Indications particulières
 - Exploration d'une IS avec faible mobilité
 - Béance cervico urétrale



IUE isolée 1^{ère} main

Pas d'ATCD de chirurgie urogynécologique

Hypermobilité
franche
TVT test +

Pas d'autres
troubles du bas
appareil urinaire

débimétrie
normale – pas
de RPM

information
pré-op
Validation RCP

OK chirurgie
La BSU reste la
« référence »

Une miction par poussée abdominale ou
une dysnergie vésicosphinctérienne
se réduquent avant la chirurgie



IUE franche prédominante (effort +
ou - important)
possible signes d'HAV à
l'interrogatoire (fuites au changement
de position notamment)

Pas d' ATCD de chirurgie urogynécologique

Mobilité limitée
TVT test douteux

Atrophie
vulvovaginale
souvent
présente

- BUD recommandé
(possible IS)

- Echographie: Qtip test
rechercher une béance
associée – contrôle vésical

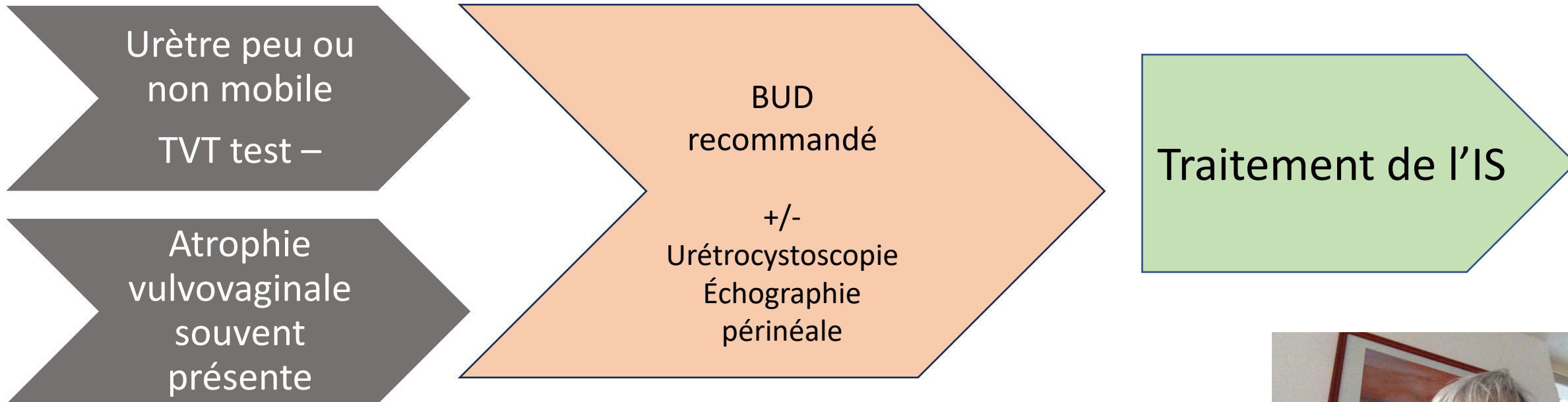
Choix chirurgical à
valider avec la
patiente en fonction
des résultats

Une atrophie associée doit toujours être traitée



IUE au moindre effort, voire fuites insensibles
signes d'HAV à l'interrogatoire (fuites au changement de position, urgenturies au lever)

Pas d'ATCD de chirurgie urogynécologique



Une atrophie associée doit toujours être traitée



IUE récidivée possibles TUBA associés

Evaluer le °
d'hypermobilité

Evaluer les autres
troubles du bas
appareil urinaire

Eliminer une
complication – test
du ressaut
(obstruction,
extrusion..)

BUD
Cystoscopie
+/- Echographie

Le choix cystoscopie – échographie dépend de
l'expertise de l'opérateur..

Traiter toute
complication en 1^{ère}
intention: section ou
ablation de BSU

discuter selon les
résultats

- Nouvelle BSU
- Remise en tension
- Traitement de l'IS



En synthèse:

- Avant tout et toujours la clinique
- Investigations complémentaires à sélectionner en fonction de leur pertinence dans le contexte clinique
 - Toujours au minimum une débitmétrie avec mesure du RPM
 - Le bilan urodynamique
 - permet d'affiner l'information délivrée à la patiente (IS, vessie hypercompliante)
 - Incontournable si IUE récidivée ou IUE associée à d'autres troubles urinaires
 - L'échographie et/ou la cystoscopie
 - Bien sûr si IU récidivée
 - suspicion de complication
 - échec inexpliqué
 - Mais à ne pas négliger y compris si IUE « 1^{ère} main » en cas de suspicion de béance



Quelle rééducation ?

- Rééducation périnéale
- Mais aussi éducation et rééducation mictionnelle.....

- Recommandée en 1^{ère} intention dans d'IUE chez la femme
- Le choix d'un traitement chirurgical de l'IUE n'exclut pas une rééducation périnéale
 - Apprentissage mictionnel
 - Correction d'un asynchronisme
 - Maîtrise périnéale et acquisition du verrouillage à l'effort



Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews (Review)

Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McClurg D

Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews (Review)

WILEY

Copyright © 2022 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

- Efficacité confirmée par rapport aux groupes « contrôle »
- Intérêt d'associer rééducation et éducation périnéale
- Bénéfice d'un travail régulier et assidu

IUE – 14 études -

Conservative intervention versus control: there was moderate or high certainty evidence that pelvic floor muscle training (PFMT), PFMT plus biofeedback and cones were more beneficial than control for curing or improving UI. PFMT and intravaginal devices improved quality of life compared to control.

One conservative intervention versus another conservative intervention: for cure and improvement of UI, there was moderate or high certainty evidence that: continence pessary plus PFMT was more beneficial than continence pessary alone; PFMT plus education; intervention was more beneficial than cones; more-intensive PFMT was more beneficial than less-intensive PFMT; and PFMT plus an adherence strategy was more beneficial than PFMT alone. There was no moderate or high certainty evidence for quality of life.



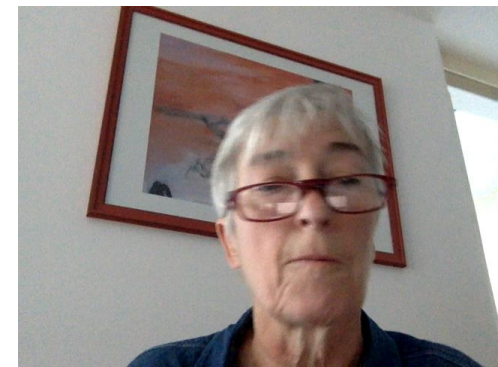
La rééducation périnéale

- Il n'y a pas qu'une « seule » rééducation périnéale
 - ESF, Biofeedback, rééducation manuelle
 - Approches différentes selon les thérapeutes
 - Rééducation accompagnée, coachée.... >>> toujours en 1^{ère} intention
 - Rééducation à domicile, autorééducation >>> en relais et en entretien
- Le testing périnéal ne résume pas tout...
 - Apprentissage du verrouillage à l'effort +++
- A associer
 - aux règles hygiénodiététiques
 - Aux autres approches selon les situations: rééducation comportementale, relaxation, sophrologie...
 - Et aux dispositifs intravaginaux ++ (pessaire bouton, dispositif Diveen)



En pratique...

- Importance d'un réseau « rééducation » avec une vraie expertise
 - Préciser sur la prescription le motif de la rééducation
 - Les cas « difficiles » seront orientés vers les cabinets experts
 - Le kinésithérapeute adaptera le nombre de séances et leur rythme
- Aucun intérêt à prolonger « ad vitam eaternam » si absence de résultats
- Sensibiliser la patiente à la nécessité de séances d'entretien
 - Quelques séances 1 fois/an peuvent être suggérées



Quid de la rééducation à domicile en 2023



GynEffik



Keat pro

- Des dispositifs innovants
- Qui évitent les déplacements et apportent une réponse aux contraintes géographiques
- Mais qui ne remplacent pas l'éducation périnéale et le coaching du thérapeute

- Il faut donc plutôt les proposer en seconde intention en relai du professionnel chez des patientes motivées

Un coût en termes de santé publique donc à prescrire de façon raisonnée



Après la rééducation (+/- les méthodes non invasives....)

- En l'absence de bénéfice
- Ou en cas de bénéfice incomplet ou non pérenne

- Après une évaluation clinique rigoureuse
- Et les éventuelles investigations complémentaires pertinentes

PLACE A LA CHIRURGIE....

