



Incontinence Urinaire

Bandelettes sous urétrales

BSU

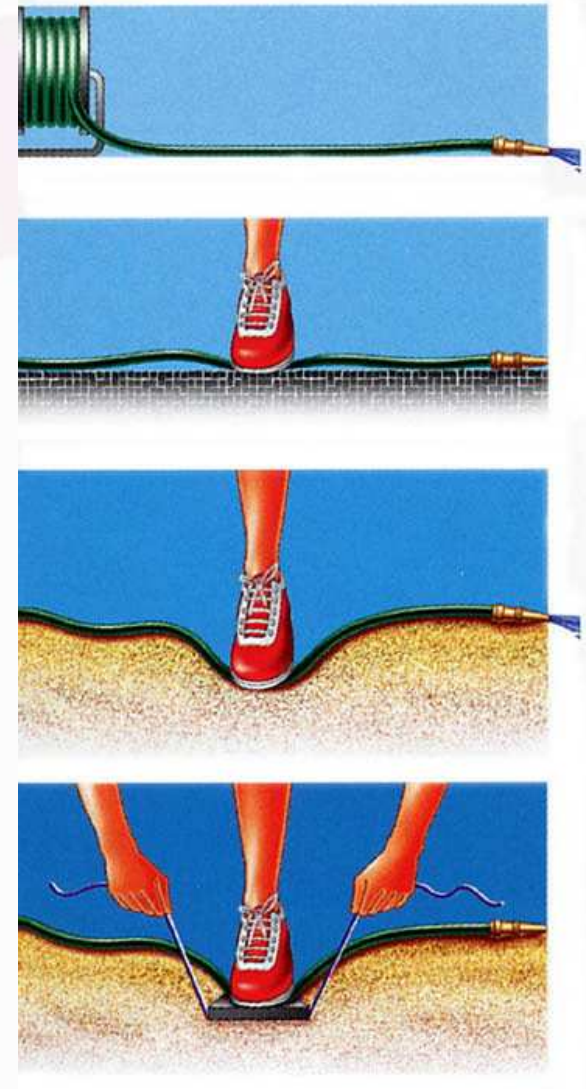
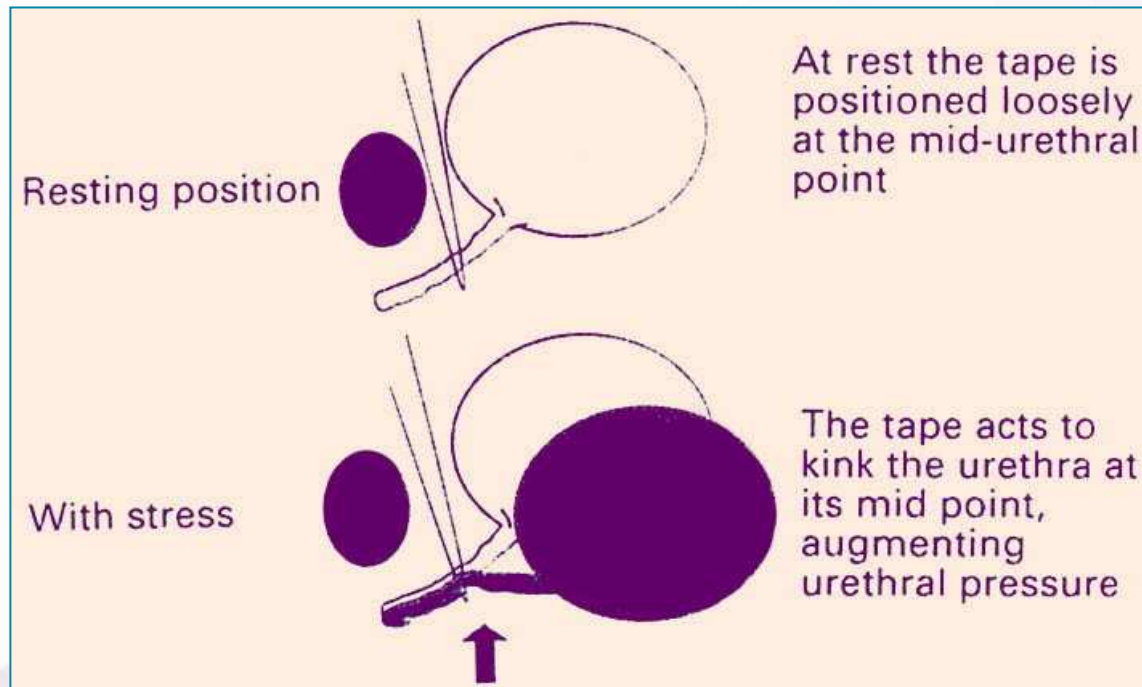
BSU

- Bandelette
 - ✓ Synthétique
 - ✓ Non résorbable
- Intervention chirurgicale
 - ✓ Par voie vaginale
 - ✓ Faible morbidité
 - ✓ Hospitalisation maximum 48h

BSU - Principes

- Intervention chirurgicale qui consiste à maintenir l'urètre en bonne position
- Bandelette sert de point d'appui comprimant l'urètre sur lequel s'effectue la pression abdominale
- Indiquée dans l'incontinence urinaire d'effort avec défaut de transmission, lorsque les manœuvres de Bonney ou de Ulmsten sont positives

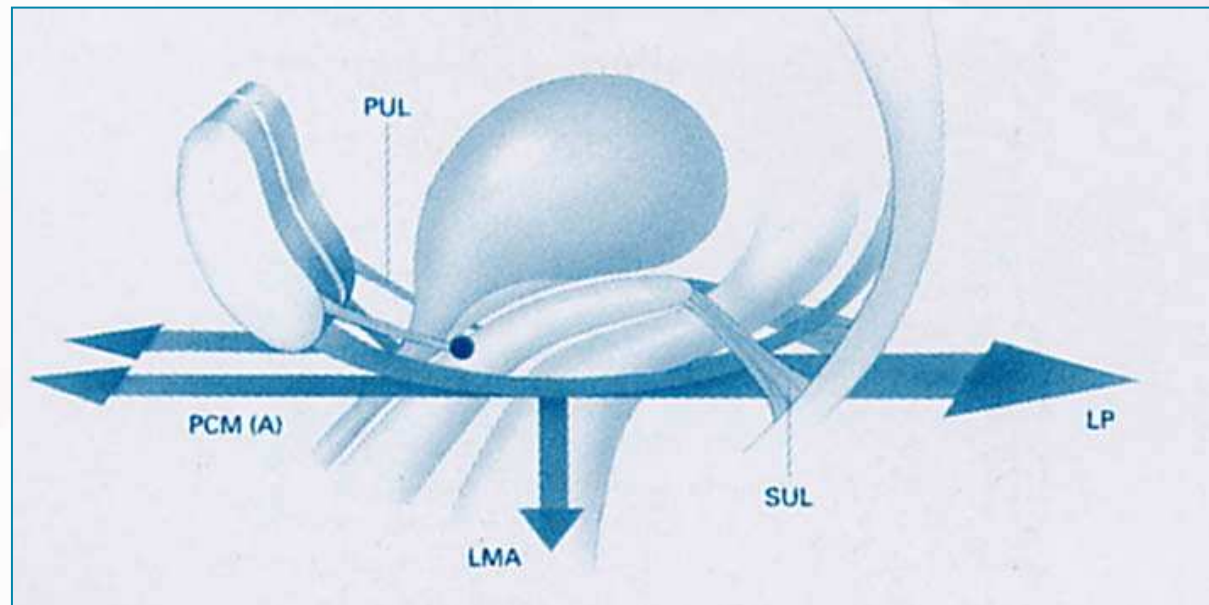
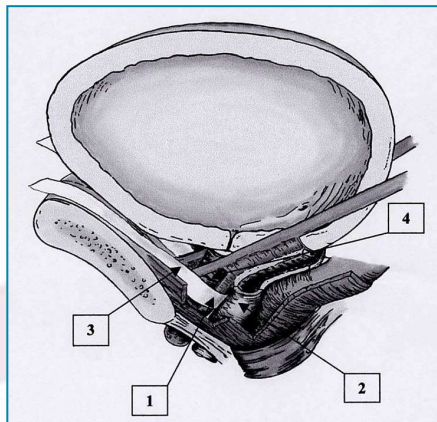
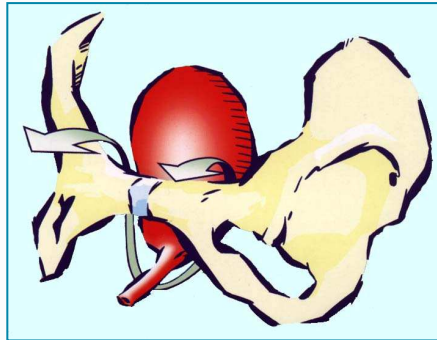
Ulmsten et TVT



Principes

- Concept physiopathologique du soutènement de l'urètre moyen (Papapétros et Ulmsten)
- Objectif : renforcer le support sous et latéro-urétral défaillant sans tension en respectant le col vésical
- Effet de cisaillement de l'urètre assurant sa clôture, par :
 - ✓ Le muscle pubo-coccygien tire vers l'avant la portion sous-urétrale du vagin
 - ✓ Les ligaments utéro-sacrés maintiennent le vagin vers l'arrière
 - ✓ Les expansions des élévateurs vers le sphincter de l'anus l'attirent vers le bas

Ulmsten et TVT

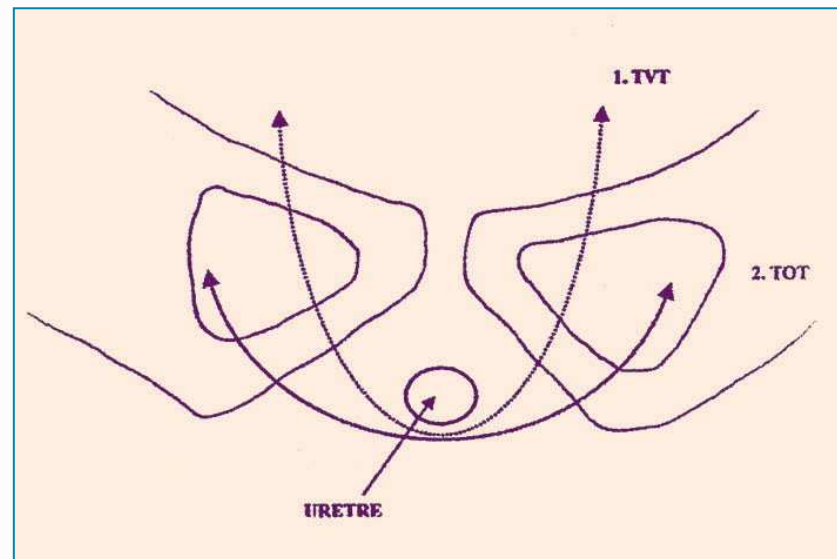
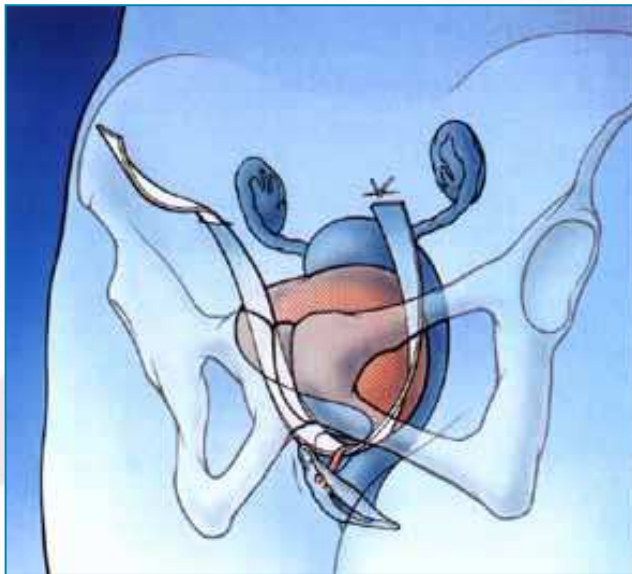


Mécanisme d'action

- **Stabilisation sous urétrale** par la bandelette permettant au sphincter urétral strié, de s'ancrer solidement sur le vagin et d'écraser par sa contraction l'urètre distal contre ce point d'appui,
- **Réinsertion de l'élevateur sur le vagin** : par la fibrose solide, mais limitée de l'insertion de l'élevateur sur le vagin, ce qui permet une compression efficace du col vésical contre le hamac lors de l'effort,
- **Reconstitution des ligaments pubo-urétraux** : permettant de compenser la contraction des muscles pubo-coccygiens qui, autrement, ouvriraient le col vésical.

Principes

- La bandelette positionnée sous l'urètre va le maintenir et servir d'appui sur lequel la pression abdominale va venir l'écraser et le rendre continent.



Indications

- Incontinence urinaire d'effort
 - ✓ Gênante pour la patiente (gêne > 5/10)
 - ✓ Manœuvres de soutènement urétral : positive
 - ✓ Bonney et d'Ulmsten

Indications

- Indication idéale : IUE pure sans prolapsus,
- La complication la plus invalidante du TVT est l'apparition d'une impériosité ou d'une instabilité vésicale de novo qui en fonction des séries varient de 1 % à 30 % des cas,
- La fréquence de cette complication et les écarts importants concernant sa fréquence incite à essayer de comprendre.

4 questions se posent alors...

Indications

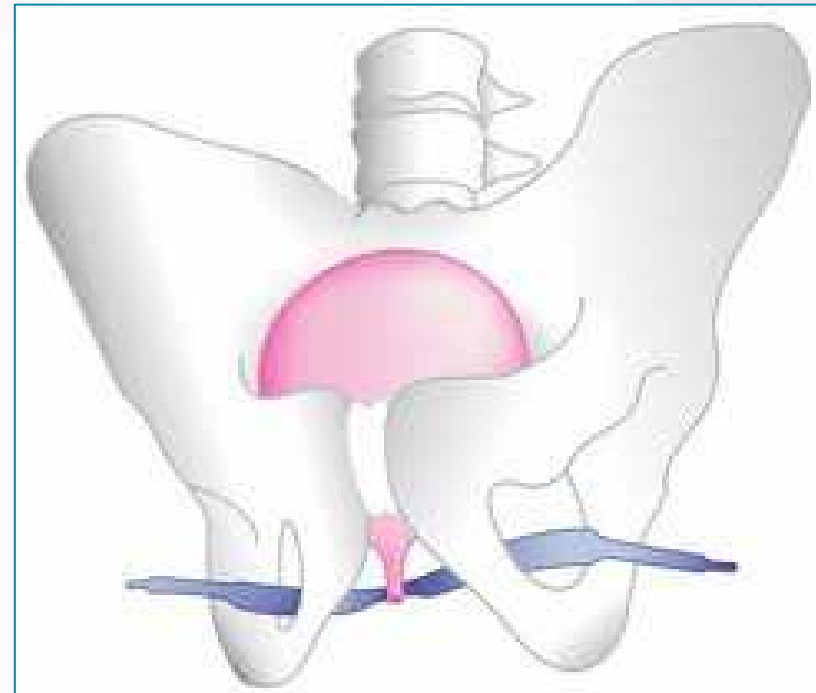
1. Le traitement simultané du prolapsus et de l'incontinence urinaire d'effort par TVT est-il possible? **OUI**
2. La cure simultanée d'un prolapsus altère-t-elle les résultats du TVT ? **NON**
3. Doit-on associer systématiquement un TVT lors de la cure du prolapsus ou un doit-on réaliser cette association thérapeutique à la carte? **Traiter le symptôme prédominant**
4. Quand doit-on associer une cure de prolapsus à la pose du TVT ? **Problème : cystocèles 2**

Indications

TVT



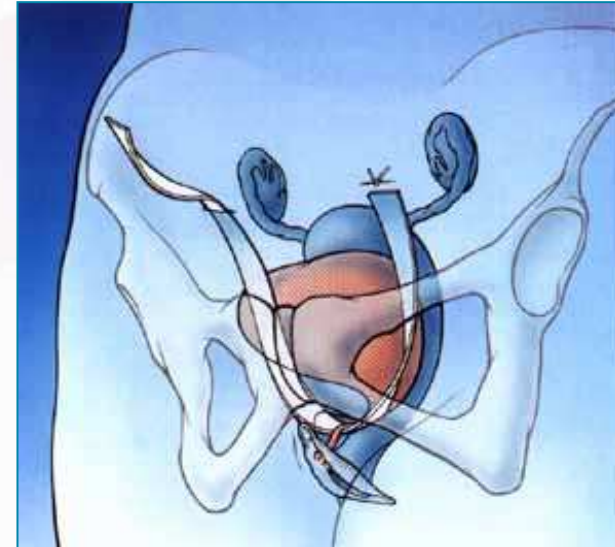
TOT



Indications

TVT ou TOT ?

- Le traitement le plus efficace :
 - ✓ Fronde sous urétrale
 - ✓ Rétro pubienne type TVT
- Inconvénients du TVT :
 - ✓ Par une trop forte striction
 - ✓ Dysurie voire rétention
 - ✓ Hyperactivité vésicale



Indications

TVT ou TOT ?

- Lorsque la vessie est distendue ou a une tendance à l'hyperactivité
- Poser une BSU Trans Obturatrice type TOT

TVT ou TOT?

BUD → oriente le choix de la BSU

- Cystomanométrie
 - ✓ Instabilité
 - ✓ Distension
- Sphinctérométrie
 - ✓ Défaut de transmission
 - ✓ Pression de clôture

TVT ou TOT?

TOT → Suspension latérale, plus physiologique

- Si vessie distendue
- Si hyperactivité vésicale

TVT → Soutènement de l'urètre

- Entraîne une striction forte de l'urètre
- Lorsque la vessie n'est pas distendue
- Lorsque la vessie est stable
- Pas de rétention ou dysurie

TVT ou TOT?

Surveillance post-opératoire

- Hospitalisation de 1 à 3 nuits selon l'état clinique
- Les fils sont résorbables
- 2 incisions cutanées de 4 mm
- Pas le bain avant cicatrisation complète
- Pas de douche jusqu'à chute des fils
- Consultation dans les 30 jours post opératoires

Complications

Complications post-opératoires indiquant un retour vers le service de chirurgie

- Écoulements louches vaginaux → extériorisation du matériel ?
- Douleurs au niveau de la vessie
- Difficulté à la miction – Rétention
- Plaies vésicales

Complications

Complications à moyen terme

- Extériorisation du matériel prothétique
- Érosion vaginale
- Infection sur matériel
- Granulome

Conclusion

Ne pas mettre de BSU en cas de vessie distendue

- Par blocage sous vésical risque de majoration
 - ✓ De la distension vésicale
 - ✓ D'instabilité vésicale

Traitement de la vessie distendue

- En 1ère intention : Auto rééducation vésicale
- Puis après correction de la distension → BSU trans Obturatrice TOT