



# RECOMMANDATIONS JPP2

—

## IU et/ou IA

## RECOMMANDATIONS JPP2 – IU et/ou IA

### I – EXAMENS COMPLEMENTAIRES

#### 1. BUD

- Tableau clinique d'instabilité vésicale
- Si le tableau clinique d'IUE n'est pas typique (notamment si impériosité)
- En pré-opératoire (correction de l'IU)
- Si échec de la rééducation périnéale

## RECOMMANDATIONS JPP2 – IU et/ou IA

### 2. MAR

#### a) Incontinence fécale (=IF) . MAR en 1ère intention.

- Permet le diagnostic d'une atteinte du système résistif rectal (hypotonie sphinctérienne de repos, défaut de contraction volontaire, instabilité) ou d'une atteinte du système capacitatif rectal (trouble de la sensibilité, mégarectum, microrectie).

#### b) Constipation terminale : difficulté d'exonérer avec effort de poussée et/ou utilisation de manoeuvres digitales

- MAR en 2ème intention après traitement médical bien conduit et avoir éliminé une constipation de transit (examen de transit radio-opaque).
- Permet de mettre en évidence des troubles de sensibilité rectale (mégarectum) ; des anomalies du tonus basal (hypertonie instable) ; ou des anomalies dynamiques (asynergie abdomino-périnéale, voire anisme : Contraction paradoxale du SAE strié pendant les effort de défécation).

#### c) Troubles de la statique pelvienne (prolapsus)

- MAR en 2ème intention après IRM dynamique et /ou pelvigraphie dynamique
- Valeur prédictive quant à l'apparition de troubles post-opératoires de la continence anale.

## RECOMMANDATIONS JPP2 – IU et/ou IA

### 3. IRM DYNAMIQUE

- Discordance entre symptômes et ex.clinique
- Récidive de prolapsus opéré
- Prolapsus après hystérectomie
- Prolapsus de plus d'un compartiment pelvien
- Caractérisation d'une colpocèle postérieure
- Bilan avant chirurgie de la statique pelvienne (avec ou sans incontinence)

## RECOMMANDATIONS JPP2 – IU et/ou IA

### 1 – EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

### 2 – TRAITEMENTS

#### a) Auto-rééducation vésicale (=ARV)

- Si  $AH \gg 1,5$  l et  $EIM \gg 3$ hres
- Hypercompliance vésicale ( $\Delta P \ll 10$ ) enregistrée sur le BUD

## RECOMMANDATIONS JPP2 – IU et/ou IA

### 1 – EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

### 2 – TRAITEMENTS

#### a) ARV

#### b) Rééducation périnéale

- En première intention dans l'IUE modérée (pas de bilan complémentaire)
- Si hypotonie sphinctérienne modérée
- Si hypermobilité urétrale (cystocèles 1 et 2)
- Si instabilité, en cas d'échec des anticholinergiques
- En réveil pré- et/ou post-opératoire

## RECOMMANDATIONS JPP2 – IU et/ou IA

### c) TTT chirurgical :

- BSU
- Voie abdominale
- Voie vaginale

## RECOMMANDATIONS JPP2 – IU et/ou IA

### c) TTT chirurgical :

- **BSU**

- **TVT**

- **Seul** : IUE pure de la femme jeune sans anomalie urodynamique ni prolapsus (au plus cystocèle 1)
- **Geste contemporain de la cure du prolapsus**
  - Si IUE pure sans instabilité urodynamique
  - Si IUE pure sans distension vésicale (=hypocontractilité vésicale)
- **Différé par rapport au traitement du prolapsus**
  - Si IUE pure sans instabilité urodynamique
  - Si IUE pure sans distension vésicale (=hypocontractilité vésicale)

- **TOT**

- IU et cystocèle 2
- hypocontractilité vésicale après ARV
- si échec TVT, à discuter.

- **Coeliochirurgie**
- **Voie abdominale**
- **Voie vaginale**



### c) TTT chirurgical :

- BSU
- Coeliochirurgie
  - La PFA (+P) est le traitement de référence du prolapsus
  - L'IU est logiquement traitée par un geste urinaire associé (BSU ou autre)
- Voie abdominale
- Voie vaginale

## RECOMMANDATIONS JPP2 – IU et/ou IA

### c) TTT chirurgical :

- BSU
- Voie abdominale

L'intervention de référence est la colposuspension selon **Burch**, qui reste une bonne intervention, mais garde peu d'indications, car :

- le matériel synthétique qui sert de support est plus solide que la paroi vaginale,
- il reste **peu d'indications** de la voie abdominale et cette technique alourdit (et allonge) le geste de promontofixation coelioscopique,
- la voie d'abord privilégiée chez la femme âgée est la voie vaginale.

- Voie vaginale

### c) TTT chirurgicaux :

- BSU
- Coeliochirurgie
- Voie abdominale
- Voie vaginale :
  - Voie d'abord recommandée chez la femme âgée et âgée fragilisée.
  - Si contre-indication à la coelioscopie
  - Permet de traiter à la fois l'IU (BSU) et le prolapsus (TVM).

Merci pour votre présence