

Incontinence urinaire Quoi de neuf en 2022?

C. SAUSSINE

**SERVICE D'UROLOGIE
HOPITAUX UNIVERSITAIRES
UNIVERSITE DE STRASBOURG
STRASBOURG**

Conflits d'intérêts

- Consultant: IPSEN, IBSA
- Orateur: IBSA
- Investigateur: Cousin, Bene
- Frais de congrès: IPSEN, Pierre Fabre

Incontinence urinaire d'effort: traitements chez la femme

- Traitements de première intention
- Traitement médical
- Traitement chirurgical
 - Bandelettes sous-urétrales
 - Sphincter artificiel urinaire
 - Ballons péri-urétraux
 - Injections péri-urétrales
 - Dérivations urinaires
- Traitements palliatifs
 - Protections
 - Sonde à demeure

Mesures de première intention

- Obésité (IMC > 30). Perte de poids de 10% améliore.
- Rééducation périnéale
 - Travail manuel; biofeedback; électrostimulation
 - 10-15 séances

Arrêté du 23 octobre 2020 encadrant la pratique des actes associés à la pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme, en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique

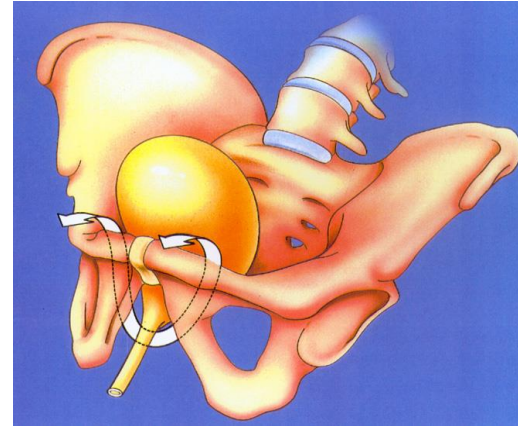
- La décision de pratiquer un acte de pose d'une bandelette sous-urétrale chez les patientes présentant une incontinence urinaire d'effort doit être prise en concertation par une **équipe pluridisciplinaire** de pelvi-périnéologie après avoir **envisagé toutes les solutions de prise en charge** de l'incontinence urinaire féminine d'effort. Cette équipe pluridisciplinaire doit inclure au minimum un chirurgien spécialisé en urologie, un chirurgien spécialisé en gynéco-obstétrique et, si besoin, un médecin de médecine physique et de réadaptation spécialisé en **rééducation périnéale** ;

Traitement médical

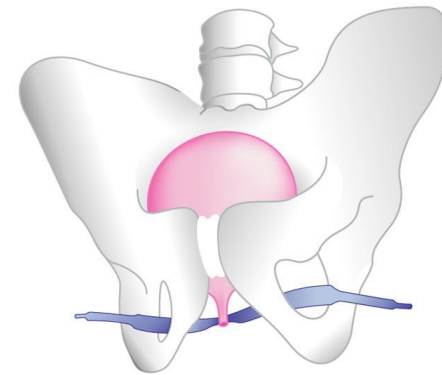
- Oestrogénothérapie
 - Voie vaginale
 - Ménopause
 - Si atrophie vulvo-vaginale
- Duloxetine 40 mgx2/j
 - Inhibiteur de la recapture de la sérotonine
 - ↓ épisodes de fuites et ↑ QDV
 - Nausées
 - pas d' AMM pour l' incontinence

Les bandelettes sous-urétrales

- Voie rétropubienne, TVT



- Voie transobturatrice, TOT



- Minibandelettes: non

TOT Vs TVT

- Méta-analyse: Fusco 2017 Eur Urol
 - Efficacité TVT > TOT:
 - Subjectif (OR: 0,83, p = 0,03)
 - Objectif (OR: 0,82, p = 0,01) => **Recommandation EAU**
- Si insuffisance sphinctérienne: études où TVT > TOT:
 - Kim 2016; Tomoe 2013; Schierlitz 2012; Gungorduk 2009; Hsiao 2009; Jeon 2008
 - Revue: Chawla 2009; Long 2009;
 - Méta-analyse: Ford 2016; Fusco 2017

Arrêté du 23 octobre 2020 encadrant la pratique des actes associés à la pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme, en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique

Art. 1^{er}. – L'acte de pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme doit être réalisé dans les conditions suivantes :

- L'intervention doit être précédée d'une évaluation initiale en consultation, d'un bilan urogénital de l'incontinence urinaire et, le cas échéant, neurologique dans le respect des recommandations en vigueur et d'une concertation pluridisciplinaire ;
- Les patientes doivent être informées conformément au devoir d'information prévu à l'article R. 4127-35 du code de santé publique. Cette information comporte notamment : les informations relatives à l'incontinence urinaire d'effort et aux différents traitements conservateurs et chirurgicaux disponibles avec les avantages et risques de chacun. Si une pose d'implant est envisagée, les informations relatives au suivi post-opératoire et à la conduite à tenir en cas de complications doivent être précisées aux patientes, parmi lesquelles la possibilité de déclarer les incidents de matériovigilance par elles-mêmes. Cette information est délivrée par tout moyen, en complément d'une remise systématique de la fiche d'information standardisée disponible sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé et des documents relatifs de traçabilité du dispositif à l'issue de l'intervention ;
- La décision de pratiquer un acte de pose d'une bandelette sous-urétrale chez les patientes présentant une incontinence urinaire d'effort doit être prise en concertation par une équipe pluridisciplinaire de pelvipérinéologie après avoir envisagé toutes les solutions de prise en charge de l'incontinence urinaire féminine d'effort. Cette équipe pluridisciplinaire doit inclure au minimum un chirurgien spécialisé en urologie, un chirurgien spécialisé en gynéco-obstétrique et, si besoin, un médecin de médecine physique et de réadaptation spécialisé en rééducation périnéale ;
- La décision de pratiquer un acte de pose d'une bandelette sous-urétrale doit être prise en accord avec la patiente dûment informée et ayant bénéficié d'un délai de réflexion suffisant. Le compte rendu écrit de la concertation de l'équipe pluridisciplinaire aura été préalablement transmis à la patiente ;
- Le chirurgien réalisant la pose doit être formé aux techniques d'implantation des bandelettes sous-urétrales en ayant notamment participé à la réalisation d'au moins 15 procédures par voie d'implantation en présence d'un chirurgien expérimenté. Une pratique régulière est ensuite nécessaire ;
- En peropératoire, il est recommandé d'avoir à disposition, en cas de besoin, des moyens de visualisation d'éventuelles complications vésicales ;
- A l'issue de l'intervention, à des fins d'information de la patiente et de traçabilité du dispositif médical, un document doit systématiquement lui être remis conformément à la réglementation européenne et française en vigueur permettant notamment l'identification de l'implant, le lieu et la date d'implantation, le nom du chirurgien ayant réalisé la pose ;
- Une consultation de contrôle doit être réalisée dans le mois suivant l'implantation. Lors de cette consultation les retours des patientes sur leur qualité de vie et les événements indésirables ressentis doivent être pris en compte afin de détecter et prendre en charge précocement les éventuelles complications. Au minimum une consultation doit être réalisée un an après l'intervention afin d'assurer une gestion active des éventuelles complications tardives. D'autres consultations peuvent être réalisées autant que de besoin ;
- La gestion de complications graves post-implantation fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire et d'une décision partagée avec la patiente après qu'elle ait été dûment informée de toutes les options et qu'elle ait

bénéficié d'un délai de réflexion suffisant. Si une explantation est nécessaire, celle-ci doit être réalisée dans un centre ayant un plateau technique de chirurgie multidisciplinaire et doit être réservée aux chirurgiens formés à l'implantation des bandelettes sous-urétrales. Cette formation repose sur une formation pratique acquise par apprentissage auprès d'un chirurgien expérimenté.

Art. 2. – La pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme doit être réalisée dans les établissements de santé capables d'assurer, le cas échéant par téléexpertise ou en coordination avec d'autres établissements de santé, l'évaluation initiale, l'implantation, le suivi post-implantation et la gestion des éventuelles complications.

Art. 3. – Les contrôles du respect de ces critères par les établissements répondant aux conditions définies par les articles 1^{er} et 2 sont assurés par les agences régionales de santé.

Art. 4. – Ces critères sont valides pendant une durée de trois ans après la publication du présent arrêté.

Art. 5. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 23 octobre 2020.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*L'adjoite à la sous-directrice
du pilotage et de la performance
des acteurs de l'offre de soins,
E. COHN*

*Le sous-directeur
du financement
du système de soins,
N. LABRUNE*

*Le ministre de l'économie,
des finances et de la relance,
Pour le ministre et par délégation :*

*Le sous-directeur
du financement
du système de soins,
N. LABRUNE*

*La sous-directrice
de la politique des produits de santé
et de la qualité des pratiques et des soins,
H. MONASSE*

Nouveauté

Arrêté du 23 octobre 2020 encadrant la pratique des actes associés à la pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme, en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique

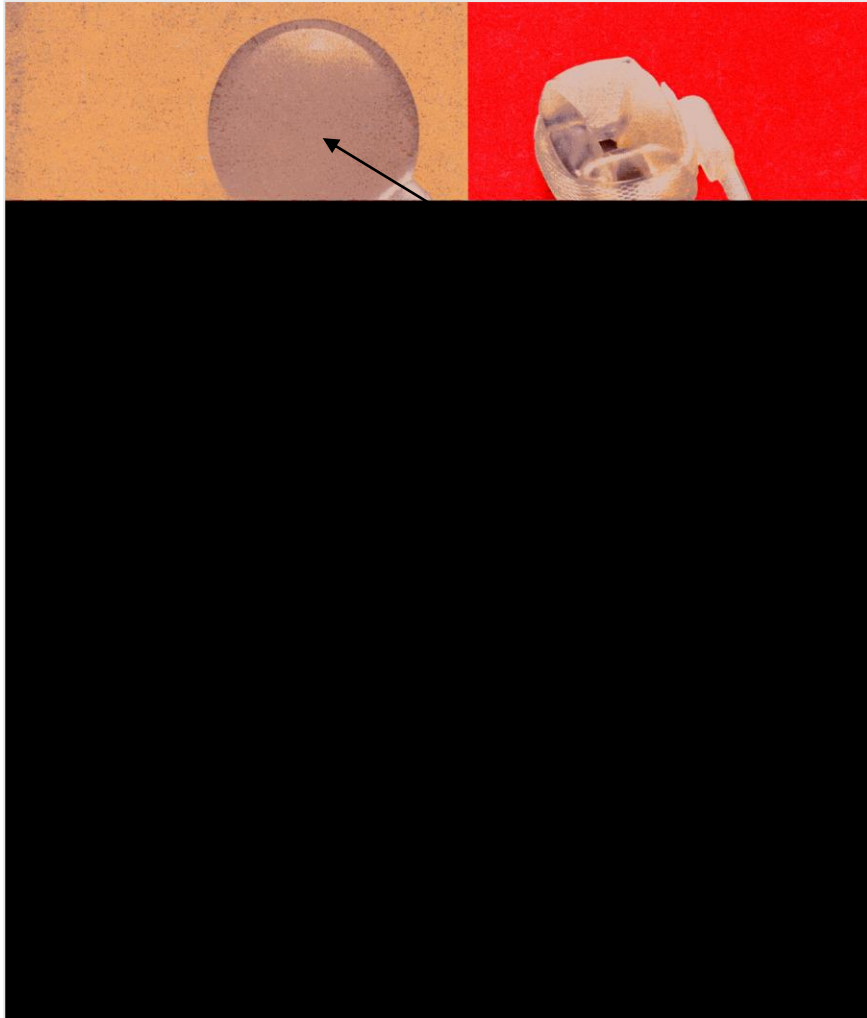
Nouveauté

- Evaluation initiale dans le respect des recommandations et d'une concertation pluridisciplinaire
- Information complète
- Réunion de concertation pluridisciplinaire
- Envisager toutes les solutions: kiné...
- Accord du patient; Délai de réflexion; Fiche de RCP remise
- Chirurgien formé (15 procédures) , pratique régulière
- Equipé d'un cystoscope
- Traçabilité dispositif
- Consultation à 1 mois et 1 an
- Complications gérées en pluridisciplinaire, décision partagée avec patiente
- Etablissements capables d'assurer évaluation implantation, suivi gestion complications

Les bandelettes sous-urétrales

- Indiquées chez la femme si
 - Incontinence urinaire d'effort
 - Échec rééducation, mesures comportementales et hygiéno-diététiques
 - Si manœuvre de soutien du tiers moyen de l'urètre est positive

Sphincter artificiel urinaire



Implant en élastomère de silicone solide.

Système de fonctionnement hydraulique.

4 structures le composent:

Ballon de régulation des pressions,
Pompe de contrôle,
Manchette occlusive,
Tubulures et raccords.

Contient du liquide radio-opaque ou non.

Sphincter artificiel urinaire

- Indiqué chez la femme si
 - Incontinence urinaire d'effort
 - Manœuvre de soutien négative
 - D'emblée ou après échec de BSU
 - Capable d'actionner le dispositif

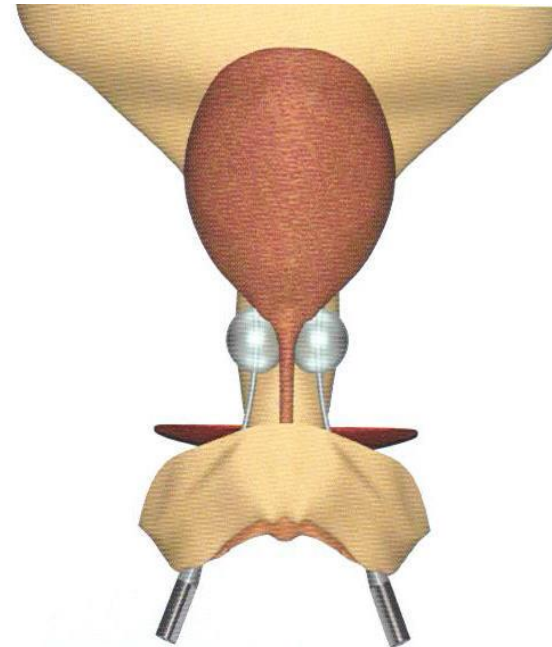
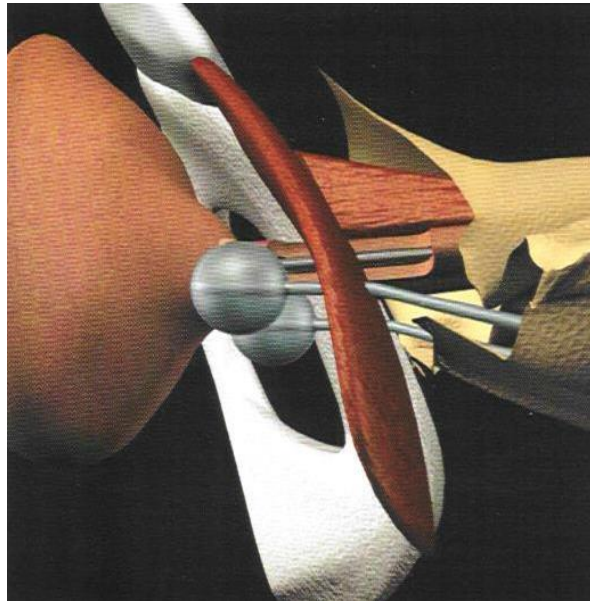
Ballons péri-urétraux ACT[®]



au
e vie
CT[™] :

nce

onnets



Les injections péri-urétrales

- Années 1990: nouveaux agents
 - Collagène bovin:
 - Glutaraldehyde cross-linked (GAX) collagen = Contigen®; **AMM**
 - % avec épidémie vache folle; test cutané péalable
 - Silicone: Macroplastique®; **AMM**
 - Agent synthétique; particules 50-400µ
 - Système d'injection intra-urétrale sans contrôle visuel
 - Gel de polyacrylamide: Bulkamid®; **AMM**
 - Non résorbable, non toxique
 - Injection endoscopique sous contrôle visuel
 - **Pas d'AMM**
 - Carbon-coated zirconium: Durasphère®
 - Calcium hydroxyapatite: Coaptite®
 - Ethylène vinyl alcool: Uryx®, Tegress®
 - Gel NASHA (acide hyaluronique): Zuidex®



Ballons et injections

- Pas de valorisation, de code T2a pour les ballons
- Indiqués chez la femme si:
 - Incontinence urinaire d'effort
 - Echec BSU
 - Echec et/ou impossibilité SAU

Incontinence urinaire d'effort: traitements chez l'homme

- Traitements de première intention
- Traitement médical
- Traitement chirurgical
 - Sphincter artificiel urinaire
 - Ballons péri-urétraux
 - Injections péri-urétrales
 - Bandelettes sous-urétrales (pas de code CCAM, recherche)
 - Dérivations urinaires
- Traitements palliatifs
 - Protections
 - Sonde à demeure

Incontinence par hyperactivité: les traitements

- Mesures de 1ère intention
 - Traitement conservateur
 - Traitement médical
- Mesures de 2è intention
 - Stimulation du nerf tibial postérieur
 - Neuromodulation sacrée
 - Toxine botulique
- Entérocystoplastie d'agrandissement
- Dérivations urinaires continentes ou non
- Traitements palliatifs
 - Protections
 - Sondes à demeure

Traitements conservateurs

- Traitement de la cause: infections, tumeurs de vessie...
- Ajustements médicamenteux: diurétiques...
- Mesures hygiénodiététiques
 - Café; **apports hydriques**; obésité; tabagisme
- Rééducation comportementale
- Rééducation périnéale (stimulation basse fréquence)

Traitement médical

- Les anticholinergiques:
 - Oxybutinine (Ditropan®, Driptane®)
 - Trospium chloride (Ceris®)
 - Détrusitol (Tolterodine®) (non remboursé)
 - Solifenacine (Vésicare®)
 - Fésotérodine (Toviaz®)
 - Darifenacine (Enablex®) en développement. Pas d'AMM
- Les Béta 3 agonistes: (non remboursé)
 - Mirabégron (Betmiga®)

Stimulation du nerf tibial postérieur

- Placements des électrodes

- Urostim II, SchwaMedico



- Tensi+ , Stimuli Technology



- en location ou achat

- Installation par prestataire de service

- 1 séance de 20 minutes/j pendant 3 mois

La neuromodulation sacrée S3

- Traitement des troubles mictionnels chroniques et réfractaires (hyperactivité vésicale avec ou sans fuite et rétention urinaire chronique non obstructive)
- Par stimulation électrique de la racine sacrée S3
- 2 phases
 - Electrode: test d'une quinzaine de jours
 - Boitier: Implantation si test est positif

Les nouveautés

- Electrode (2021) et boitier (2008) entièrement IRM compatibles

- Système Verify

Neurostimulateur externe



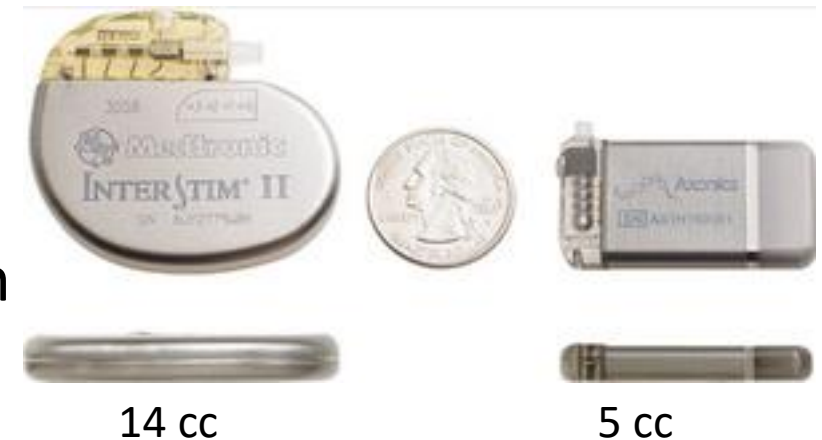
- Relié à l'électrode
- Se porte dans une ceinture, autour de la taille

Programmateurs médecin / télécommande patient



- Permet de régler les paramètres de stimulation
- Utilisé durant la procédure en peropératoire et par le patient durant la période d'évaluation

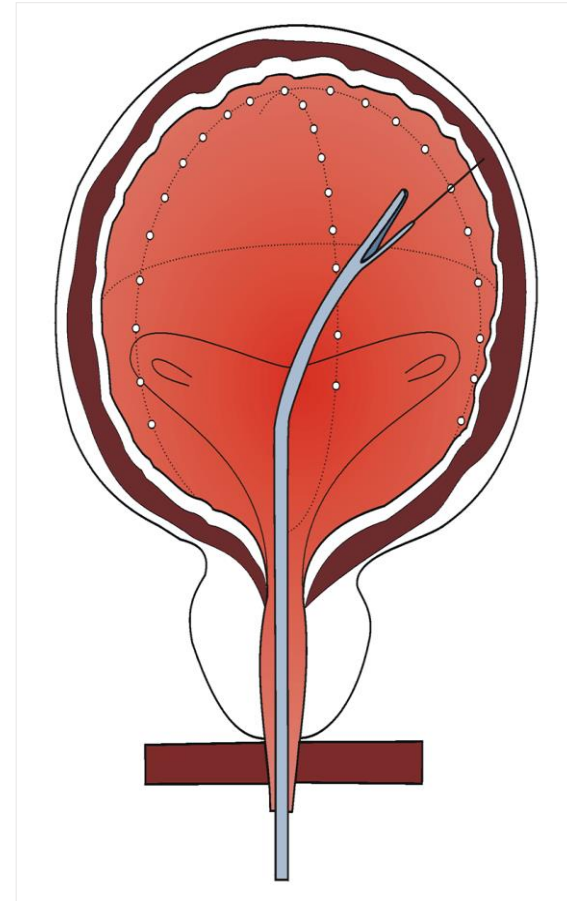
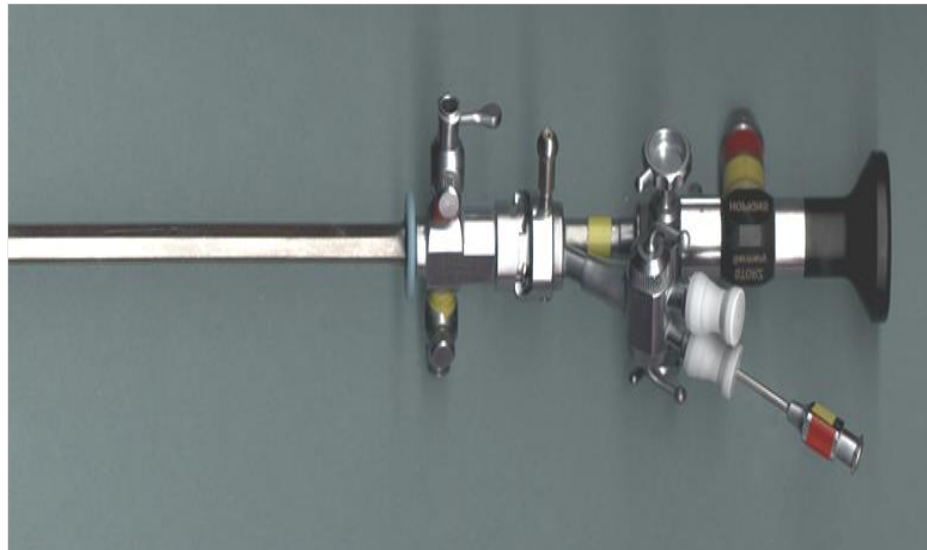
- Boitier rechargeable (1 fois par semaine pendant 20 minutes) versus ancien boitier à changer tous les 5 ans environ



Neuromodulation sacrée

- Indiquée chez l'homme et la femme si
 - Incontinence urinaire par hyperactivité
 - Sans atteinte neurologique complète
 - Réfractaire aux anticholinergiques et à la rééducation fonctionnelle
 - En alternative à la stimulation électrique du nerf tibial postérieure

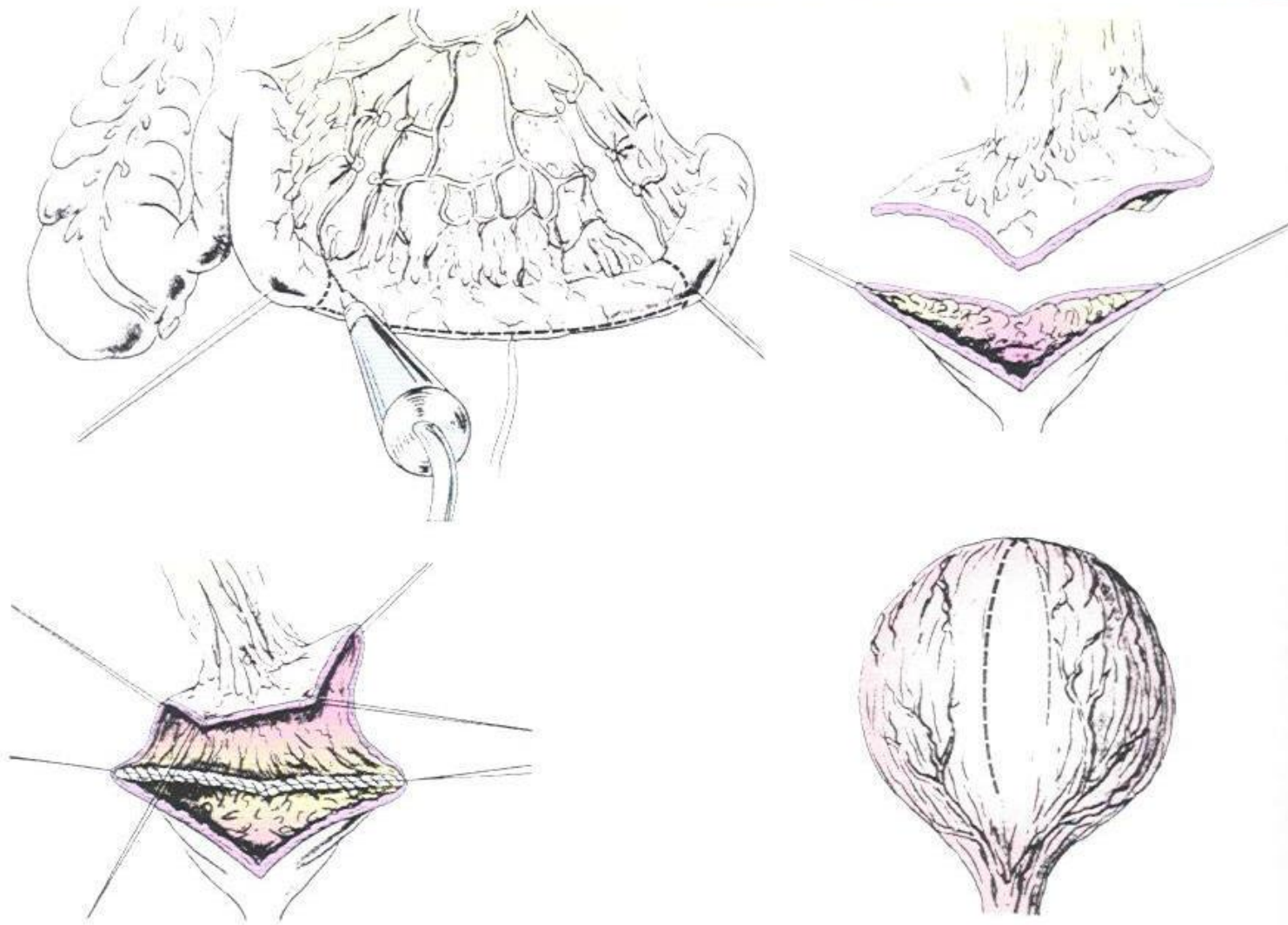
Injection intradetrusorienne de toxine Botulique



Indications de la toxine botulique

- Traitement de l'hyperactivité détrusorienne neurologique conduisant à une incontinence urinaire non contrôlée par un traitement anticholinergique chez les patients blessés médullaires et les patients atteints de sclérose en plaques et utilisant l'autosondage comme mode mictionnel.
 - Botox® AMM en 2011, dose 200UI
 - Dysport® AMM en 2022, dose **Nouveauté**
- Hyperactivité idiopathique: Botox® AMM en 2014, dose 50UI.
 - Maîtrise indispensable des autosondages; Coopération au suivi prospectif
- Extension Botox® AMM en 2018: SEP pas aux autosondages, dose 100UI

L'ENTEROCYSTOPLASTIE



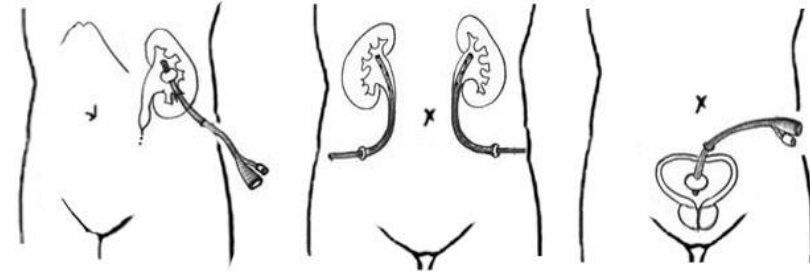
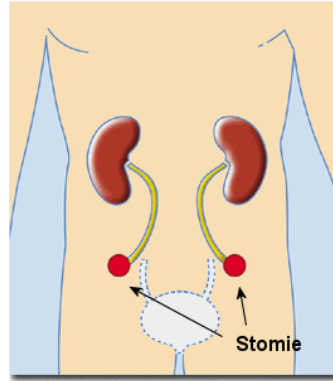
(d'après B. Lobel et F. Guille - Entérocystoplastie d'agrandissement, *Encycl. Med. Chir. (Paris, France)*)

Techniques chirurgicales, Urologie-Gynécologie, 41207, 6-1989, 10p

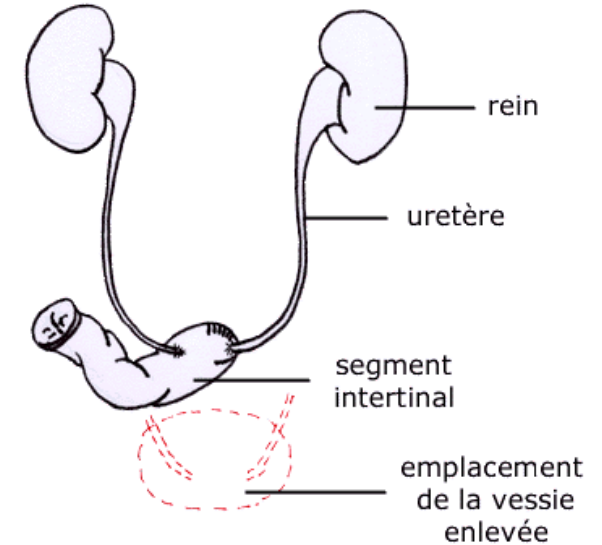
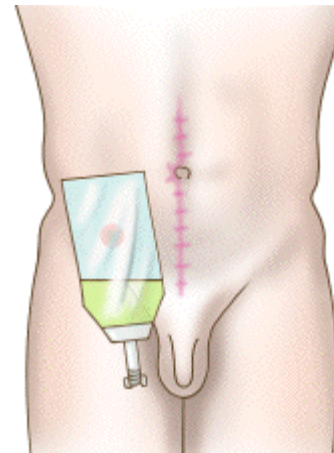
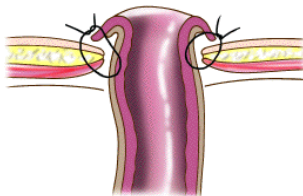
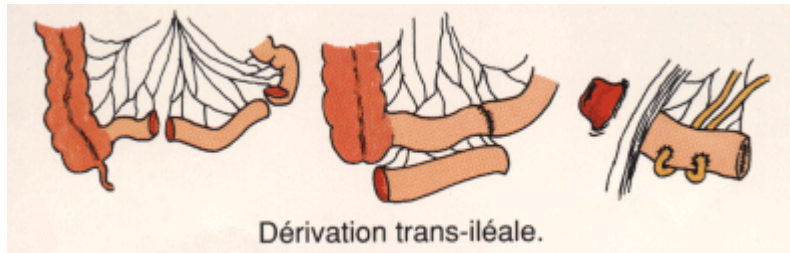
LES DERIVATIONS URINAIRES NON CONTINENTES

- URETEROSTOMIES CUTANÉES

- Directes



- Transiléales



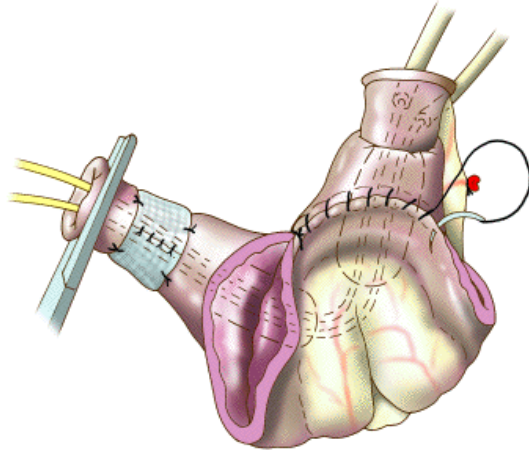
LES DERIVATIONS URINAIRES CONTINENTES

- PRINCIPE

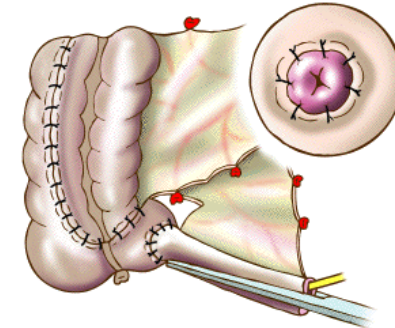
- RESERVOIR VESICAL NOUVEAU, NATIF, AGRANDI OU SUBSTITUE PARTIELLEMENT
- COL VESICAL FERME OU URETRE COMPRIME
- STOMIE CONTINENTE
 - APPENDICE
 - GRÊLE
 - TUBE VESICAL

LES DERIVATIONS URINAIRES CONTINENTES

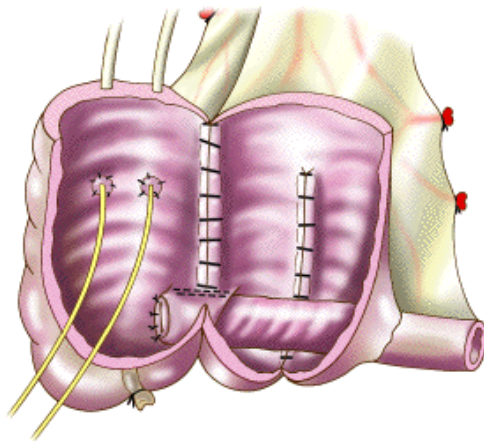
- Kock



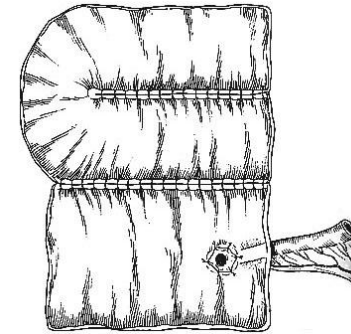
Indiana



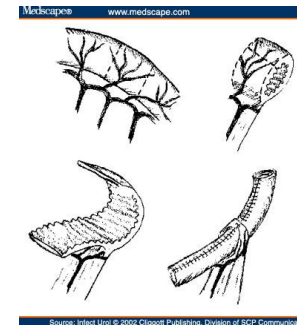
- Mainz I



Mitrofanoff



Yang-Monti



www.medscape.com

Source: Infect Disord 2002; Cliggett Publishing, Division of SCP Communications

CONCLUSION

- L'incontinence urinaire n'est pas une fatalité
- Presque toujours une solution
- Bilan complet
 - Bonnes indications
 - Bons résultats