

INTERVENTION PAR TVT (TENSION-FREE VAGINAL TAPE)

Cette mise à jour technique a été revue par le sous-comité d'urogynécologie et approuvée par le Comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en mars 2003.

AUTEUR PRINCIPAL

Scott A. Farrell, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)

SOUS-COMITÉ D'UROGYNÉCOLOGIE

Scott A. Farrell (président), MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)

Lo-Ann Beckerson, inf. aut., Toronto (Ont.)

Annette Epp, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)

Cathy G. Flood, MD, FRCSC, Edmonton (Alb.)

François Lajoie, MD, FRCSC, Sherbrooke (Québec)

J. Barry MacMillan, MD, FRCSC, London (Ont.)

Thomas Charles Mainprize, MD, FRCSC, Calgary (Alb.)

Magali Robert, MD, FRCSC, Calgary (Alb.)

Résumé

Objectif : Présenter l'intervention par TVT (*tension-free vaginal tape*: bandelette vaginale sans tension), comme l'une des interventions comportant une effraction minimale pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort chez la femme, et servir de guide aux chirurgiens devant conseiller leurs patientes quant aux mérites de ce choix d'intervention.

Options : Cette présentation ne porte que sur le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire à l'effort chez la femme.

Preuves : Une recherche sur MEDLINE et dans la *Cochrane Library* a permis de recueillir les preuves médicales les plus pertinentes. Ce document présente un résumé de ces preuves plutôt qu'un examen méthodologique.

Valeurs : Cette mise à jour représente le consensus obtenu par le sous-comité d'urogynécologie de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC).

Avantages, préjudices et coûts : Le counseling visant le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire doit tenir compte du rapport préjudices-avantages de diverses options et comprendre une évaluation de ce que semblent indiquer les données disponibles.

Recommandations :

1. L'intervention de Burch doit être présentée comme le mode opératoire privilégié. L'intervention par TVT est prometteuse, mais fait encore l'objet d'essais qui cherchent à en établir l'efficacité et l'innocuité (II-3A).
2. Il est recommandé de bénéficier de la formation nécessaire avant de pratiquer une intervention par TVT.

Key Words

Stress incontinence, surgery, minimally invasive

3. Il faut attendre les résultats d'études longitudinales avant d'être en mesure d'offrir l'intervention par TVT aux patientes comme solution de rechange égale à l'intervention de Burch.

Validation : Cette mise à jour technique a reçu l'approbation du sous-comité d'urogynécologie, du comité exécutif et du Conseil de la SOGC.

J Obstet Gynaecol Can 2003;25(8):695-8.

INTRODUCTION

La littérature médicale décrit plus de 200 interventions chirurgicales visant à traiter l'incontinence à l'effort. Depuis quelques années, on met l'accent sur des interventions comportant une effraction minimale, en raison de leurs avantages reconnus : un rétablissement et un retour au travail rapides, une morbidité minimale et des coûts inférieurs. Bien que l'intervention laparoscopique de Burch, qui produit des résultats comparables à ceux de l'intervention ouverte de Burch, comporte aussi ces avantages,^{1,2} les exigences qu'elle impose sur le plan de la formation chirurgicale et la nécessité d'utiliser un bloc opératoire disposant de matériel laparoscopique de pointe rendent cette technique inaccessible à beaucoup de femmes. Mise au point par Ulf Ulmsten au début des années 1990, l'intervention par TVT (bandelette vaginale sans tension) ressemble étroitement à l'intervention par bandelette pubo-vaginale classique.³ L'intervention par TVT se pratique au moyen d'une trousse préemballée permettant au chirurgien de faire de très

Les mises à jour techniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

petites incisions et à la patiente de ne ressentir qu'un minimum de malaises et de se rétablir rapidement. La présente mise à jour technique traite de la place de l'intervention par TVT dans le traitement de l'incontinence à l'effort.

La qualité des preuves et la classification des recommandations précisées dans la présente mise à jour technique se fondent sur les critères d'évaluation des preuves établis par le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique (Tableau 1).⁴

INTERVENTION PAR TVT

L'intervention par TVT était, à l'origine, pratiquée sous anesthésie locale avec sédation éveillée ou sous rachianesthésie. Durant l'intervention, la patiente est en position dorso-sacrée et trois courtes incisions sont effectuées : deux au-dessus du pubis et une dans la paroi antérieure du vagin, à 1,5 cm en amont du méat urétral (c.-à-d. à mi-urètre). La trousse de TVT comprend deux aiguilles d'acier inoxydable courbées, fixées à une bandelette de prolène tressée d'un centimètre de large et protégée par un revêtement de plastique, une poignée détachable conçue pour faciliter le passage prévésical des aiguilles et un obstrucateur dont la fonction est de rigidifier le cathéter de Foley. À partir du point d'entrée vaginal, les aiguilles sont passées au-delà de l'espace prévésical jusqu'à ce qu'elles sortent par les incisions sus-pubiennes. Après le passage de chacune des aiguilles,

on vérifie l'intégrité vésicale au moyen d'une cystoscopie. Une fois qu'on a pu confirmer que le passage des aiguilles s'est fait sans causer de dommage et que les aiguilles sont retirées, la bandelette est retenue au-dessus du pubis au moyen d'hémostatiques. La vessie est ensuite remplie de 300 ml d'eau stérilisée. Au moyen de ciseaux metzenbaum ou d'un clamp kelly placé entre l'urètre et la bandelette, en guise de contrefort, on ajuste la bandelette jusqu'à ce que la tension soit réglée de manière à prévenir l'incontinence lorsque la patiente tousse. Le revêtement de plastique, qui facilite la pose initiale de la bandelette, est alors retiré et l'excédent de bandelette est sectionné au-dessus des incisions sus-pubiennes. On referme ensuite les incisions à l'aide de sutures. Après l'intervention, il faut surveiller la patiente jusqu'à ce qu'un résidu postmictionnel satisfaisant lui permette de retourner à la maison. Si la patiente est incapable d'avoir une miction adéquate, diverses solutions sont possibles, notamment un cathétérisme de courte durée ou un cathétérisme intermittent auto-administré.

RÉSULTATS

Plusieurs essais prospectifs par observation ont été menés dans le but d'évaluer l'efficacité de l'intervention par TVT (Tableau 2).⁵⁻⁸ Les résultats de cette intervention, dans le traitement de l'incontinence à l'effort primaire et de l'incontinence mixte, se comparent à ceux qui ont été publiés, aussi bien pour la

TABLEAU 1 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ÉVIDENCE⁴	CLASSIFICATION DES RECOMMANDATIONS⁴
<p>La qualité des preuves présentées dans ce document se fonde sur les critères d'évaluation des preuves établis par le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.</p> <p>I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.</p> <p>II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.</p> <p>II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.</p> <p>II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.</p> <p>III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.</p>	<p>Les recommandations de ce document ont été adaptées de la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.</p> <p>A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.</p> <p>D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p>

TABLEAU 2

RÉSULTATS À LONG TERME DE L'INTERVENTION PAR BANDELETTE VAGINALE SANS TENSION (TVT)

Auteur	Nombre de sujets	Groupe de patientes	Durée du suivi	Résultat du traitement
Nilsson ⁵	72	Incontinence à l'effort Intervention chirurgicale primaire	5 ans	85 % de guérisons
Rezapour ⁶	34	Incontinence à l'effort récurrente	4 ans	82 % de guérisons
Rezapour ⁷	80	Incontinence urinaire mixte	4 ans	85 % de guérisons
Rezapour ⁸	49	Insuffisance sphinctérienne intrinsèque	4 ans	74 % de guérisons

colposuspension de Burch⁹ que pour la bandelette pubo-vaginale. Les résultats sont semblables chez les femmes présentant une incontinence récurrente.⁶ Comme c'est le cas pour les autres interventions chirurgicales, cette technique donne des résultats insatisfaisants pour les femmes présentant une jonction uréthro-vésicale fixe. Une étude prospective, comparant l'intervention par TVT à la technique ouverte de Burch, a constaté, après six mois de suivi, que l'efficacité des deux interventions était la même (TVT : 68 %; Burch : 66 %).¹¹

Parmi les complications peropératoires de la TVT, on trouve la cystotomie et l'hémorragie.¹² Les complications postopératoires possibles sont l'instabilité *de novo* du muscle vésical, la rétention urinaire prolongée et des douleurs.¹² Les taux d'apparition de ces complications se comparent à ceux des autres interventions chirurgicales.¹³ On a signalé certaines complications graves liées à la TVT, notamment des lésions aux gros vaisseaux du pelvis (par exemple, aux artères iliaques internes)¹⁴ et la perforation de l'intestin.¹⁵ Les taux d'apparition de ces complications semblent faibles (selon les exposés de cas et les données empiriques) et la plupart d'entre elles peuvent être évitées en s'assurant que l'anesthésie est suffisante avant d'entreprendre l'intervention.

DISCUSSION

Bien que l'intervention par TVT soit, de nombreuses façons, semblable aux autres interventions pubo-vaginales,^{16,17} elle se distingue de façon importante par le fait que la bandelette tressée est placée à mi-urètre, plutôt qu'à la jonction uréthro-vésicale, et qu'elle nécessite une dissection moindre dans la région de l'urètre, ce qui réduit le risque de perturber l'apport sanguin et nerveux à ce dernier.

Les premiers résultats obtenus grâce à l'intervention par TVT sont très prometteurs.⁵⁻⁸ Les résultats préliminaires d'un essai randomisé actuellement en cours, comparant l'intervention par TVT à celle de Burch,¹¹ indiquent que la TVT semble aussi efficace que cette dernière dans le traitement de l'incontinence à l'effort. Il faudra attendre les résultats du suivi longitudinal de ces patientes pour savoir si l'effet de la TVT a une longévité comparable à celle de l'intervention de Burch.

RECOMMANDATIONS

1. L'intervention de Burch doit être présentée comme le mode opératoire privilégié. L'intervention par TVT est prometteuse, mais fait encore l'objet d'essais qui cherchent à en établir l'efficacité et l'innocuité. (II-3A)
2. Il est recommandé de bénéficier de la formation nécessaire avant de pratiquer une intervention par TVT.
3. Il faudra attendre les résultats d'études longitudinales avant d'être en mesure d'offrir l'intervention par TVT aux patientes comme solution de rechange égale à l'intervention de Burch.

RÉFÉRENCES

1. Summitt RL, Lucente VV, Karram MM, Shull BL, Bent AE. Randomized comparison of laparoscopic and transabdominal Burch urethropexy for the treatment of genuine stress incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95(Suppl 1):S2.
2. Fattly H, El Hao M, Samaha II, Abdallah K. Modified Burch culposuspension: laparoscopic versus laparotomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;8:99-106.
3. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anaesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1996;7:81-6.
4. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on the Periodic Health Exam. Ottawa: Canada Communication Group; 1994. p. xxxviii.
5. Nilsson CG, Kuuva N, Falconer C, Rezapour M, Ulmsten U. Long-term results of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure for surgical treatment of female stress incontinence. *Int Urogynecol J* 2001;(Suppl 2):S5-8.
6. Rezapour M, Ulmsten U. Tension-free vaginal tape (TVT) in women with recurrent stress urinary incontinence – a long-term follow-up. *Int Urogynecol J* 2001;(Suppl 2):S9-11.
7. Rezapour M, Ulmsten U. Tension-free vaginal tape (TVT) in women with mixed urinary incontinence – a long-term follow-up. *Int Urogynecol J* 2001;(Suppl 2):S15-8.
8. Rezapour M, Falconer C, Ulmsten U. Tension-free vaginal tape (TVT) in stress incontinent women with intrinsic sphincter deficiency (ISD) – a long-term follow-up. *Int Urogynecol J* 2001;(Suppl 2):S12-4.
9. Jarvis GJ. Surgery for genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:371-4.
10. Summitt RL, Bent AE, Ostergard DR, Harris JA. Stress incontinence and low urethral closure pressure. Correlation of preoperative urethral hypermobility with successful suburethral sling procedures. *J Reprod Med* 1990;35:877-80.

-
11. Ward KL, Hilton P, Browning J. A randomized trial of colposuspension and tension-free vaginal tape (TVT) for primary genuine stress incontinence. *Neurol Urodynam* 2000;19:386–8.
 12. Meschia M, Pifarotti P, Bernasconi F, Guercio E, Maffiolini M, Magatti F, et al. Tension-free vaginal tape: analysis of outcomes and complications in 404 stress incontinent women. *Int Urogynecol J* 2001;(Suppl 2):S24–7.
 13. Vassollo BJ, Kleeman SD, Segal JL, Walsh P, Karram MM. Tension-free vaginal tape: a quality of life assessment. *Obstet Gynecol* 2002;100:518–24.
 14. Zilbert A, Farrell SA. Laceration of the external iliac artery: a complication of the TVT procedure. *Int Urogynecol J* 2001;12:141–3.
 15. Meschia M, Busacca M, Pifarotti P, De Marinis S. Bowel perforation during insertion of tension-free vaginal tape. *Int Urogynecol J* 2002;13:263–5.
 16. Hilton P, Stanton SL. Clinical and urodynamic evaluation of polypropylene (Marlex) sling for genuine stress incontinence. *Neurourol Urodyn* 1983;2:145.
 17. Horbach NS, Blanco JS, Ostergard DR, Bent AE, Cornella JL. A suburethral sling procedure with polytetrafluoroethylene for the treatment of genuine stress incontinence in patients with low urethral pressure. *Obstet Gynecol* 1998;71:648–52.