

Prise en charge chirurgicale de l'IUE chez la patiente obèse.
Brigitte Fatton
Unité d'Urogynécologie – CHU Clermont-Ferrand

Avec une proportion croissante, dans les pays développés, de personnes présentant un excès pondéral ou une obésité vraie, est apparue une problématique nouvelle imposant des réponses adaptées au plan médicosocial : cette évolution préoccupante de notre société doit être largement pris en compte au niveau des politiques de santé (information, prévention, amélioration de l'accueil et des conditions de prise en charge) et imposent aussi d'adapter les thérapeutiques, qu'elles s'adressent à l'obésité elle-même ou aux pathologies intercurrentes. La chirurgie de l'IUE n'échappe pas à cette règle et doit s'adapter, chez la femme obèse, à des conditions particulières et prendre en compte :

- les implications sur le choix du mode d'anesthésie
- les difficultés techniques dues à l'obésité, qui peuvent faire préférer une intervention plutôt qu'une autre (difficultés d'installation, longueur des instruments, accessibilité et difficultés de dissection)
- les risques de complications per-opératoires
- la morbidité post-opératoire précoce
- les résultats en terme de continence post-opératoire qui doivent être confrontés à ceux obtenus dans une population de femmes de poids normal

Classiquement, l'obésité est considérée comme un facteur de risque augmentant la morbidité per et post-opératoire et majorant aussi le risque de récurrence. Nous verrons que ces données classiques sont à nuancer depuis notamment la diffusion « worldwide » du TVT, nouveau gold standard en terme de chirurgie de l'IUE.

Quelques travaux ont plus particulièrement ciblé la population des femmes en excès de poids souffrant d'une IUE. Une étude prospective de cohorte a évalué 250 patientes incontinentes bénéficiant d'une colposuspension rétropubienne, 32% avec un indice de masse corporelle (IMC) \geq à 30 et 68% une valeur d'IMC $<$ à 30 (poids normal ou surcharge) [5]. La comparaison entre les 2 groupes ne met en évidence aucune différence significative en terme de complications per-opératoires et post-opératoires. Les pertes sanguines sont plus élevées dans le groupe des obèses mais la variation d'hématocrite est plus faible dans ce même groupe. Seule la durée opératoire est augmentée dans le groupe des obèses avec un allongement de 15 minutes. Une étude rétrospective de cohortes appariées révèle que l'obésité

est un facteur de risque indépendant pour le développement d'une infection au niveau du site opératoire après chirurgie urogynécologique vaginale [1]. Par contre il n'y a pas de différence statistiquement significative dans les proportions de femmes de chaque groupe présentant au moins une complications peri-opératoire.

Plusieurs travaux ont évalués les résultats du TVT chez les patientes obèses [2-4] : nous retiendrons de ces études que

- l'obésité n'est pas retrouvée comme un risque d'échec de la procédure
- la morbidité per et post-opératoire apparaît le plus souvent discrètement majorée en cas d'obésité tout en restant à un niveau faible

Ces résultats font, pour beaucoup, du TVT la procédure de choix pour le traitement chirurgical de l'IUE chez la femme obèse. Une série comparative rétrospective confirme ces données avec la technique TVT apparaissant plus simple, moins morbide et plus efficace que la colposuspension laparoscopique [2].

Références :

1. Chen CC, Collins SA, Rodgers AK, Paraiso MF, Walters MD, Barber MD (2007) Perioperative complications in obese women vs normal-weight women who undergo vaginal surgery. *Am J Obstet Gynecol* 197:98
2. Chung MK, Chung RP (2002) Comparison of laparoscopic Burch and tension-free vaginal tape in treating stress urinary incontinence in obese patients. *JLSLS* 6:17-21
3. Ku JH, Oh JG, Shin JW, Kim SW, Paick JS (2006) Outcome of mid-urethral sling procedures in Korean women with stress urinary incontinence according to body mass index. *Int J Urol* 13:379-384
4. Rafii A, Darai E, Haab F, Samain E, Levardon M, Deval B (2003) Body mass index and outcome of tension-free vaginal tape. *Eur Urol* 43:288-292
5. Rogers RG, Lebkuchner U, Kammerer-Doak DN, Thompson PK, Walters MD, Nygaard IE (2006) Obesity and retropubic surgery for stress incontinence: is there really an increased risk of intraoperative complications? *Am J Obstet Gynecol* 195:1794-1798