

La dysurie post opératoire de la femme

Session FMC SIFUD-PP Biaritz Vendredi 20 Juin 14h

Intervenants : A. Pigné, M. De Sèze, L. Le Normand
Objectifs de cette session FMC

Poser le problème

La Fréquence de la dysurie post opératoire est variable en fonction de son importance:

- La rétention, la dysurie clinique et la dysurie infraclinique ont des fréquences respectivement croissantes.

Les Mécanismes responsables de cette dysurie sont à connaître :

1. Défaut de contraction vésicale : pré-existant à la chirurgie ou induite par la chirurgie
 - Pré existant à la chirurgie :
 - souvent méconnue cliniquement
 - Masquée par les faibles résistances uréthrales
 - Peut être myogène ou neurogène
 - Induite par la chirurgie
 - Claquage vésical : acontractilité vésicale myogène transitoire
 - Médicamenteuse : morphiniques, rachi-anesthésie...
 - Dénervation vésicale : chirurgie pelvienne élargie
2. Obstacle sous vésical
 - Permanent : bandelette trop serrée, ballons compressifs, cervico-cystopexie
 - A la poussée abdominale : mobilité uréthrale au-dessus d'une bandelette, prolapsus
3. Association des deux

Savoir explorer la dysurie

1. Par l'examen clinique
 - a. Recherche d'un obstacle à l'examen clinique
 - Urèthre fixé
 - Empreinte d'une bandelette trop serrée
 - Prolapsus
 - Calibrage urétral
 - Réalisation d'une endoscopie si doute sur une érosion urérale ou vésicale
 - b. Recherche de signe de dénervation
 - Signes ano-rectaux
 - Hyposensibilité périnéale
2. Par l'imagerie
 - a. Cystographie avec clichés mictionnels pour visualiser un obstacle cervico-urétral
 - b. Imagerie d'un prolapsus si l'examen clinique n'est pas suffisant
3. Par les explorations urodynamiques
 - La débitmétrie avec évaluation du résidu post-mictionnel permet de la quantifier, mais il n'existe pas de valeur seuil validée chez la femme.

- La cystomanométrie doit comporter l'analyse de la phase mictionnelle.
- Il n'existe pas de nomogramme validé permettant de catégoriser la relation pression/débit chez la femme mais l'analyse de l'équilibre mictionnel est important pour aider à la décision thérapeutique.

Le traitement :

1. Supprimer un obstacle créé par la chirurgie :
 - section ou ablation d'une bandelette : quand, comment ?
 - reste-t-il une place à l'abaissement cervico-urétral ?
 - la correction d'une cystocèle associée permet-elle de corriger une dysurie.
2. Place du traitement médical dans le traitement de la dysurie post-opératoire
 1. Peut-on améliorer une contractilité vésicale défailante ?
 2. Peut-on diminuer médicalement les résistances urétrales augmentées par la chirurgie ?
 3. Quelle est la place des anticholinergiques dans le traitement de l'hyperactivité vésicale associée à une dysurie ?
 4. Place des auto-sondages dans la prise en charge des dysuries post-opératoire (sans oublier son rôle dans la prévention des prolapsus sur périnée dénervé ou « fragile »)

La prévention

1. Quel bilan doit être réalisé avant une chirurgie pour prolapsus ou incontinence urinaire pour prévenir une rétention ou une dysurie(M De Sèze)
 - L'importance de l'examen clinique à la recherche de signes d'obstruction ou d'hypocontractilité vésicale
 - La place de la débitmétrie et des examens urodynamiques
2. Choix de la technique opératoire (A Pigné)
 - Comment régler la tension d'une bandelette sous urétrale
 - Faut-il associer systématiquement un geste de prévention de l'incontinence d'effort lors de la cure du prolapsus
 - Que faire en cas d'hypo ou d'acontractilité vésicale pré-opératoire
 - Que faire en cas de « mauvaises habitudes mictionnelles » avec des mictions associées à des poussées abdominales
 - Prévention de la dysurie en cas de chirurgie pelvienne élargie

Bibliographie à lire

Hermieu JF, (2003) Complications de la technique TVT. Prog Urol. 13 : 459-465.

Chassagne S, Bernier PA, Haab F, Roehrborn CG, Reisch JS, Zimmern PE, (1998) Proposed cutoff values to define bladder outlet obstruction in women. Urology. 51 : 408-411.

Bracq A, Fourmarier M, Boutemy F et al., (2006) Modifications urodynamiques après pose d'une bandelette sous-urétrale trans-obturatrice. Prog Urol. 16 : 62-66.

Defreitas GA, Zimmern PE, Lemack GE, Shariat SF, (2004) Refining diagnosis of anatomic female bladder outlet obstruction: comparison of pressure-flow study parameters in clinically obstructed women with those of normal controls. *Urology*. 64 : 675-9; discussion 679-81.

Kuo HC, (2004) Urodynamic parameters for the diagnosis of bladder outlet obstruction in women. *Urol Int*. 72 : 46-51.

Cortesse A, Cardot V, (2007) Recommandations pour l'évaluation clinique d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. *Prog Urol*. 17 : 1242-1251.