



Société Interdisciplinaire Francophone  
d'Urodynamique et de Pelvi-Périnéologie

VENDREDI 22 JANVIER 2016

PARIS

INSTITUT OCÉANOGRAPHIQUE - MAISON DES OCÉANS  
DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE

LES PATIENT(E)S À RISQUE

SOUS LA PRÉSIDENCE DU PR XAVIER GAME

## TROUBLE DE LA STATIQUE PELVIENNE (PROLAPSUS-INCONTINENCE)

Faut-il se méfier des dysuriques ?

Université Montpellier 1



P. Costa - P. Roulette

# Définition de la Dysurie

- Voiding symptoms :
  - slow stream
  - splitting or spraying
  - intermittent stream (intermittency)
  - hesitancy
  - straining
  - terminal dribble
- Post micturition symptoms
  - feeling of incomplete emptying
  - post micturition dribble

# Pré-requis

- Evident pour tous les participants aux congrès de la SIFUD :
  - La dysurie peut-être la conséquence d'une obstruction ou d'une hypocontractilité détrusorienne !
  - Chez la femme une relativement bonne débitmétrie, réalisée isolément, peut être trompeuse ....

# Se méfier de la dysurie ?

- En cas de prolapsus :
  - A priori non, la grande majorité des patientes dysuriques sont améliorées après leur cure de prolapsus.

**Functional Outcomes for Incontinence and Prolapse Surgery. S. Segal. Curr Bladder Dysfunct Rep. 2012 Sep; 7(3): 179–186.**

*When cystocele is accompanied by voiding dysfunction, including overactive bladder symptoms, urinary hesitancy, or incomplete bladder emptying, repair of the prolapse often improves these symptoms*

*Most commonly, preoperative voiding dysfunction resolves in patients after apical suspension.*

# Se rassurer en pré-opératoire ?

- Données cliniques:
  - Interrogatoire: bonne miction au lever...
  - Test au pessaire

Romanzi . *The effect of genital prolapse on voiding. J Urol. 1999 Feb;161(2):581-6.* :

POP important :	72% ont une obstruction
POP important avec pessaire :	8 % ont une obstruction

réduit,

- Meilleure débitmétrie après cystomanométrie.

# Quid de la situation Prolapsus et IUE ?

- Geste combiné ?
  - Pas de consensus net aujourd'hui,
  - Pas de contre-indication formelle,
  - Pas d'obligation a réaliser les 2 gestes opératoires dans le même temps,
  - Appliquer les règles de prudence et de bon sens

Int Urogynecol J (2009) 20:235–245  
DOI 10.1007/s00192-008-0734-4

REVIEW

**Is there any evidence to advocate SUI prevention in continent women undergoing prolapse repair? An overview**

B. Fatton

# Se méfier de la dysurie ?

- En cas d'IUE et de traitement chirurgical :
  - A priori oui !
  - Beaucoup de travaux vont dans le sens d'une majoration post-opératoires des risques de rétention et de troubles mictionnels en cas de dysurie pré-opératoire.

## **AFU**

*Progrès en Urologie, 2010, Volume 20*

*Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique.*

Parmi les facteurs prédictifs de rétention post-opératoire, un débit urinaire maximum bas est le meilleur élément.

# Les études sur l'évaluation urodynamique pré-opératoire

- Sont contradictoires ...

*Predictors of Voiding Dysfunction after Mid-urethral Sling Surgery for Stress Urinary Incontinence*

[\*Jin Wook Kim\*](#), *Int Neurourol J.* 2012 Mar; 16(1): 30–36.

Pas de lien montré avec le Qmax pré opératoire et le risque de rétention postopératoire

*Preoperative Urodynamics in Women with Stress Urinary Incontinence Increases Physician Confidence, but Does Not Improve Outcomes*

*Philippe Zimmern,*

*Neurourol Urodyn. Author manuscript; available in PMC 2014 March 19.*

Pas d'effet sur le résultats de la chirurgie d'avoir ou non une obstruction urodynamique.



# Se méfier de la dysurie ?

- En cas d'IUE et de traitement chirurgical :
  - A priori oui !
  - Beaucoup de travaux vont dans le sens d'une majoration post-opératoires des risques de rétention et de troubles mictionnels en cas de dysurie pré-opératoire.
  - Mais les recommandations ne sont pas très claires.

# Recommandations EAU 2015

- Evaluer la dysurie et le résidu-post-mictionnel en pré-opératoire,
- Mais pas de recommandation particulière lors des algorithmes thérapeutiques.

<b>Evidence summary</b>	<b>LE</b>
Lower urinary tract symptoms coexisting with UI are associated with a higher rate of post-voiding residual compared to asymptomatic subjects.	2

<b>Recommendations</b>	<b>GR</b>
Use ultrasound to measure post-voiding residual.	A
Measure post-voiding residual in patients with urinary incontinence who have voiding symptoms.	B
Measure post-voiding residual when assessing patients with complicated urinary incontinence.	C
Post-voiding residual should be monitored in patients receiving treatments that may cause or worsen voiding dysfunction.	B

# Recommandations ICS

- Les troubles mictionnels et la dysurie font entrer la patiente dans le :  
« complicated » incontinence group.
- Conduite à tenir :
  - Évaluation spécialisée
  - Correction préalable de tout facteur obstructif,
  - Et si nécessaire .....Autosondage !

# Specialised Management of Urinary Incontinence in Women

**HISTORY/  
SYMPTOM  
ASSESSMENT**

**CLINICAL  
ASSESSMENT**

**DIAGNOSIS**

**TREATMENT \***

- Incontinence on physical activity
- Incontinence with mixed symptoms
- Incontinence with urgency / frequency

- “Complicated” incontinence:**
- Recurrent incontinence
  - Incontinence associated with:
    - Pain
    - Haematuria
    - Recurrent infection
    - Voiding symptoms
    - Pelvic irradiation
    - Radical pelvic surgery
    - Suspected fistula

- Assess for pelvic organ mobility / prolapse
- Consider imaging of the UT/ pelvic floor
- Urodynamics (see notes)

- URODYNAMIC  
STRESS  
INCONTINENCE (USI)
- MIXED  
INCONTINENCE  
USI/DOI  
*Treat. most bother-  
some symptom first*
- DETRUSOR  
OVERACTIVITY  
INCONTINENCE  
(DOI)
- INCONTINENCE  
associated with  
poor bladder  
emptying

- Consider:**
- Urethrocystoscopy
  - Further imaging
  - Urodynamics

- Bladder outlet  
obstruction*
- Underactive  
detrusor*

- If initial therapy fails :
- Stress incontinence surgery
  - bulking agents
  - tapes and slings
  - colposuspension

- If initial therapy fails :
- Botulinum toxin
  - Neuromodulation
  - Bladder augmentation

- Correct anatomic bladder outlet obstruction (e.g. genito-urinary prolapse)
- Intermittent catheterization

*Lower urinary tract anomaly / pathology*

- Correct anomaly
- Treat pathology

\* At any stage of the patient's care pathway, management may need to include continence products

# Dysurie et Bandelette ?

- Comment opérer ?
  - Choisir une technique peu dysuriant ? (TOT mieux que TVT ? Mini-sling ??)
  - Choisir une technique ajustable ? ( bandelette ajustable ?)
  - Choisir une technique qui permettrait une miction par poussée abdominale : injection endo-urétrale, ballons ajustables, sphincter urinaire artificiel ?

# Dysurie et Bandelette ?

- Comment réfléchir ?
  1. Considérer que c'est un facteur de risque à ne pas négliger
  2. Evaluation préopératoire recommandée
  3. En informer la patiente et son médecin traitant
  4. Si possibilité de traiter la dysurie, le faire
  5. Sinon considérer soigneusement la gêne apportée par l'IUE et la gêne éventuelle causée par une rétention post-opératoire et un autosondage,
  6. Ne pas oublier qu'une bandelette peut-être sectionnée,
  7. Faire participer la patiente à la décision !

**Votre opinion m'intéresse !**





VENDREDI 22 JANVIER 2016

# PARIS

INSTITUT OCÉANOGRAPHIQUE - MAISON DES OCÉANS  
DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE

## LES PATIENT(E)S À RISQUE

SOUS LA PRÉSIDENCE DU PR XAVIER GAME

### TROUBLE DE LA STATIQUE PELVIENNE (PROLAPSUS-INCONTINENCE)

Faut-il se méfier des dysuriques ?

Université Montpellier 1



P. Costa - P. Roulette