

Incontinence urinaire et hystérectomie

CHAPITRE

37

G. Giraudet

PLAN DU CHAPITRE

Incontinence urinaire précédant l'hystérectomie

Risque d'incontinence urinaire après hystérectomie

Éliminer une fistule urogénitale après une hystérectomie

Éliminer des mictions par regorgement

Incontinence urinaire *de novo* après hystérectomie

Risque d'incontinence urinaire selon la voie d'abord de l'hystérectomie

Hystérectomie totale ou subtotale

Cas particulier de l'hystérectomie radicale ou élargie

Conclusion

L'hystérectomie a toujours été suspectée d'être un facteur de risque de troubles pelvi-périnéaux postopératoires et notamment de prolapsus et d'incontinence urinaire. Il est actuellement toujours difficile de répondre à cette question car nous ne disposons pas de preuve scientifique suffisante et les études sont divergentes en termes de résultats avec une méthodologie discutable et de nombreux biais. Il est indispensable de mener un interrogatoire exhaustif en consultation préopératoire afin de dépister une incontinence urinaire et de bien définir son type. Les patientes n'en parlent pas toujours spontanément et il convient de la rechercher. En effet, on estime que 25 à 45 % des femmes présentent une symptomatologie urinaire basse. On retrouve dans une étude épidémiologique norvégienne 25 % d'incontinence urinaire chez les femmes âgées de plus de 20 ans avec une augmentation de la prévalence avec l'âge atteignant 40 % après 90 ans. Entre 40 et 55 ans, âge auquel la majorité des hystérectomies sont réalisées, la prévalence variait de 24 à 30 % [1]. Ceci est donc très fréquent et nécessite d'être exploré en préopératoire. On peut s'aider de questionnaires remis systématiquement aux patientes afin de ne pas méconnaître ces symptômes.

Incontinence urinaire précédant l'hystérectomie

La mise en évidence d'une incontinence urinaire à l'effort (IUE) ou d'une incontinence urinaire mixte avant une hystérectomie fera discuter un traitement concomitant de cette incontinence par une bandelette sous-urétrale. Toutefois, il peut aussi arriver que l'indication de l'hystérectomie (gros utérus myomateux ou adénomyosique) puisse être responsable (au moins en partie) des symptômes urinaires ressentis par la patiente (voir chapitre 38). Ainsi, dans certains cas, l'ablation de l'utérus peut suffire à faire disparaître les symptômes urinaires. Une étude longitudinale a objectivé que 13 % des femmes ayant une hystérectomie voyaient leurs symptômes urinaires s'améliorer après hystérectomie [2]. La mise en place d'une bandelette sous-urétrale de façon concomitante à une hystérectomie n'est donc pas systématique. La patiente devra être informée des risques de persistance des symptômes urinaires en cas d'hystérectomie isolée et du risque de complication (1 % de réintervention pour desserrage ou section de la bandelette) et de surtraitement en cas de décision de bandelette sous-urétrale concomitante. La décision dépendra bien entendu également du volume de l'utérus, de l'intensité des symptômes d'IUE et de la gêne rapportée par la patiente.

Risque d'incontinence urinaire après hystérectomie

La principale crainte des femmes après une hystérectomie est de voir apparaître une incontinence

urinaire *de novo*. Toutefois, devant des fuites urinaires en postopératoire, il faudra vérifier dans un premier temps qu'il ne s'agit pas d'une infection urinaire, d'une fistule urogénitale ou d'un résidu post-mictionnel important qui peut donner des fuites par « regorgement ».

Éliminer une fistule urogénitale après une hystérectomie

Toute fuite urinaire survenant dans les suites d'une hystérectomie doit faire rechercher une fistule urogénitale. Il peut s'agir d'une fistule vésico- ou urétéro-vaginale. À l'interrogatoire, ces fuites sont insensibles. Elles ne sont pas provoquées par des efforts et ne sont pas précédées du besoin d'uriner. Elles se révèlent par des fuites le plus souvent permanentes avec une recrudescence lors du passage de la position allongée à la position debout. L'examen clinique permet le plus souvent de retrouver de l'urine dans le vagin. On peut parfois visualiser une petite zone érosive ou l'orifice fistuleux.

Éliminer des mictions par regorgement

Il faut être particulièrement attentif à la reprise mictionnelle en postopératoire. Les patientes peuvent parfois ne pas ressentir le besoin d'uriner dans les heures qui suivent l'intervention. Des consignes doivent donc être données à l'équipe soignante afin qu'une surveillance soit réalisée pour éviter la constitution d'un globe vésical. Une atonie vésicale peut en résulter, responsable de mictions par regorgement. Une surveillance de la reprise mictionnelle, avec éventuellement la réalisation d'une mesure du résidu post-mictionnel (par échographie type *bladder scanner* ou par cathétérisme urétral rétrograde), doit être organisée pour les patientes les plus à risque (hystérectomie associée à une résection des ligaments utéro-sacrés ou hystérectomie élargie). À l'interrogatoire, il faut rechercher la notion de rétention urinaire après l'intervention, la présence de fuites insensibles. Les patientes ont souvent des difficultés à initier la miction et ont toujours l'impression d'une vessie pleine. Les fuites surviennent par « trop-plein » vésical, en faible quantité.

Incontinence urinaire *de novo* après hystérectomie

La décision de réaliser une hystérectomie suscite un grand nombre de questions chez les patientes et notamment celle du risque de voir survenir une incontinence urinaire après l'intervention. Les hypothèses pouvant expliquer la survenue d'une incontinence urinaire sont diverses. Il pourrait s'agir de lésions des plexus nerveux, notamment lors de la section des ligaments utéro-sacrés, ou d'une altération du support vésical et/ou urétral. De nombreuses variables vont influencer la symptomatologie urinaire après hystérectomie. Les études sur le sujet retrouvent des résultats divergents. Ces études sont le plus souvent rétrospectives avec un manque d'évaluation préopératoire de la symptomatologie urinaire. La distinction entre urgenturies et fuites à l'effort n'est pas toujours faite. Une étude suédoise récente a analysé de façon prospective 16 182 patientes opérées d'une hystérectomie avec un questionnaire pré- et postopératoire [2]. La distinction entre IUE et incontinence urinaire par urgenturie n'a pas été faite dans cette étude. Près de 30 % des patientes avaient une incontinence urinaire préopératoire. Après l'intervention, 13 % des patientes étaient améliorées, 8 % avaient une incontinence urinaire *de novo* et 16 % avaient une persistance de la même symptomatologie urinaire. Ces résultats sont intéressants puisqu'ils reflètent la complexité d'informer les patientes en préopératoire sur le risque d'amélioration ou d'apparition d'une incontinence urinaire. Il semble néanmoins que les patientes qui peuvent attendre une amélioration sont celles dont le volume utérin est important. D'autres études prospectives ont montré l'absence d'augmentation de l'incidence de l'incontinence urinaire après hystérectomie.

Les études qui ont retrouvé une augmentation de l'incontinence urinaire après hystérectomies sont des études rétrospectives ou transversales et elles ne permettent donc pas de conclure.

Risque d'incontinence urinaire selon la voie d'abord de l'hystérectomie

Certains auteurs ont décrit la voie vaginale comme un facteur de risque d'incontinence urinaire

postopératoire. Cela pourrait s'expliquer par la traction exercée sur le col pendant l'intervention avec un étirement des plexus nerveux. Une étude suédoise semblait montrer que la voie vaginale était un facteur de risque d'incontinence urinaire postopératoire [3] (par rapport à la voie abdominale), mais il s'agissait d'une étude de registre et certaines informations, telles que le poids des patientes, étaient manquantes. Ceci constitue un biais important car l'obésité est un facteur de risque identifié d'incontinence urinaire. Or il est possible que la voie vaginale ait été préférée à la voie abdominale en raison d'un indice de masse corporelle augmenté. Certaines de ces patientes étaient opérées pour prolapsus avec parfois une chirurgie associée de l'incontinence. Par ailleurs, on n'a aucune notion de la symptomatologie urinaire préopératoire. D'autres études n'ont pas observé de différence selon la voie d'abord de l'hystérectomie.

Hystérectomie totale ou subtotale

On pourrait penser que la conservation cervicale puisse prévenir l'incontinence urinaire *de novo* en maintenant le support du col et en préservant les systèmes de suspension ainsi que les plexus nerveux en l'absence de section des ligaments utéro-sacrés. Une revue *Cochrane* n'a toutefois pas montré de bénéfice à la conservation du col en termes de symptomatologie urinaire (IUE, urgences mictionnelles et mauvaise vidange vésicale) [4]. Cela a été confirmé par une étude récente avec 14 ans de suivi [5].

Cas particulier de l'hystérectomie radicale ou élargie

L'hystérectomie élargie est le traitement chirurgical de référence du cancer du col de l'utérus. Elle comporte l'exérèse des paramètres, de la partie proximale des ligaments utéro-sacrés et de la partie supérieure du vagin. Cette chirurgie emporte inévitablement des plexus nerveux et notamment des fibres nerveuses des plexus hypogastriques inférieurs et des nerfs hypogastriques nécessaires, notamment, au bon fonctionnement vésical. Ces lésions peuvent être responsables d'une diminution de la compliance et de troubles de la sensibilité vésicale ainsi que de fuites urinaires. Une IUE peut survenir en raison de lésions des nerfs à destinée du sphincter urétral ou par altération

des tissus de soutien de l'urètre lors de l'exérèse du vagin. Ces troubles sont majorés par l'éventuelle radiothérapie adjuvante qui provoque une fibrose interstitielle vésicale et péri-urétrale. Ces paramètres devront être pris en compte pour la prise en charge de l'incontinence urinaire postopératoire. Un bilan urodynamique sera toujours indispensable avant traitement. La compliance vésicale est le plus souvent altérée ainsi que la pression de clôture avec un urètre fixé, ce qui augmente le taux d'échec d'une bandelette sous-urétrale ainsi que ses complications (exposition prothétique, rétention). Il a donc été proposé d'injecter plutôt des agents de comblement mais cela est très mal évalué. L'hyperactivité vésicale est souvent réfractaire aux traitements médicamenteux. Une neuromodulation sacrée peut être proposée mais celle-ci est encore très peu évaluée après hystérectomie radicale. En cas d'hyperactivité détrusorienne et/ou de troubles de la compliance vésicale séquellaires, les injections de toxine botulique n'ont pas encore été étudiées dans cette indication.

Conclusion

Il est primordial de bien évaluer la symptomatologie urinaire avant hystérectomie. Une IUE peut être traitée dans le même temps opératoire selon les mêmes techniques. Il est difficile d'informer les patientes sur les critères prédictifs d'amélioration, de persistance, ou d'apparition d'une incontinence urinaire après hystérectomie (encadré 37.1). Cette information devra prendre en compte la symptomatologie préopératoire de la patiente et d'autres facteurs comme la taille de son utérus.

ENCADRÉ 37.1

Points clés

- ▶ Il n'est pas prouvé qu'une hystérectomie simple puisse être responsable d'une incontinence urinaire *de novo*.
- ▶ Une hystérectomie subtotale ne prévient pas l'incontinence urinaire postopératoire.
- ▶ Aucune voie d'abord n'est à privilégier pour la prévention de l'incontinence urinaire postopératoire.
- ▶ L'hystérectomie radicale est pourvoyeuse de nombreux troubles vésico-sphinctériens dont il faut bien informer la patiente en préopératoire.

Références

- [1] Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, et al. Epidemiology of incontinence in the county of Nord-Trøndelag. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence : the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol* 2000; 53 : 1150–7.
- [2] Bohlin KS, Ankardal M, Lindkvist H, et al. Factors influencing the incidence and remission of urinary incontinence after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216 : 53.e1–9.
- [3] Forsgren C, Lundholm C, Johansson AL, et al. Vaginal hysterectomy and risk of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence surgery. *Int Urogynecol J* 2012; 23 : 43–8.
- [4] Lethaby A, Mukhopadhyay A, Naik R. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 4. CD004993.
- [5] Andersen LL, Alling Møller LM, Gimbel HM. Objective comparison of subtotal vs. total abdominal hysterectomy regarding pelvic organ prolapse and urinary incontinence : a randomized controlled trial with 14-year follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015; 193 : 40–5.