

# 46<sup>E</sup>

## CONGRÈS DE LA

## SIFUD-PP

# PROGRAMME

## 12 AU 14 JUIN 2024 - ANTIBES

**SOUS LA PRÉSIDENTIE  
DE BERNARD PARRATTE**



**SIFUDPP**  
Société Interdisciplinaire Francophone  
d'Urodynamique et de Pévi-Périnéologie

### MEMBRES DU BUREAU

Jean François HERMIEU (Président)  
Gérard AMARENCO (Vice-président)  
Xavier DEFFIEUX (Secrétaire Général)  
Renaud DE TAYRAC (Secrétaire Général adjoint)  
Emmanuel CHARTIER-KASTLER (Trésorier)  
Benoit PEYRONNET (Rédacteur en Chef de la Revue Pelvi- Périnéologie)

Brigitte FATTON (Rédactrice adjointe de la Revue Pelvi-Périnéologie)  
Amandine GUINET-LACOSTE (Présidente du Comité Scientifique)  
Thierry ROUMEGUERE (Délégué à la Francophonie)  
Marianne DE SEZE (Chargée de la prospective)  
Grégoire CAPON (Chargé de communication)  
Michel COSSON (Past Président)

  
**peLvi Com**  
POUR PLUS D'INFORMATION  
CONSULTEZ NOTRE SITE WEB  
[WWW.SIFUD-PP.FR](http://WWW.SIFUD-PP.FR)

# SYMPOSIUM

## Comment éviter par la sonde les problèmes d'infections urinaires chez les patients sous sondage intermittent ?

Avec

**Pr. Pierre Denys**

Médecin MPR

Hôpital Raymond Poincaré  
Garches

**Pr. Xavier Gamé**

Chirurgien Urologue

Hôpital Rangueil  
Toulouse

Vendredi

**14 juin 2024**

9h00 - 10h00

Amphithéâtre - Niveau 3



**Coloplast**  
Professional



Nous sommes très heureux de venir à Antibes pour le 46<sup>ème</sup> congrès de la SIFUD-PP, dont Bernard Parratte est le président.

Le programme prévu est conforme à l'esprit multidisciplinaire de notre société, tout en étant au plus près de l'actualité, avec une présentation des toutes dernières recommandations concernant la prise en charge des complications de la chirurgie du prolapsus et des bandelettes (recommandations de la HAS dont la SIFUD-PP est co-organisatrice).

Des ateliers variés inaugureront ces journées (incontinence urinaire après entérocystoplastie, vessie neurologique chez l'enfant, prévention des facteurs de risque pelvi-périnéaux dans la vie quotidienne de la femme, gestion des difficultés du bilan urodynamique, chirurgie non prothétique de l'incontinence urinaire, place de la rééducation périnéale dans les troubles de la défécation obstructive...).

Le rapport portera cette année sur l'évaluation urodynamique de l'obstruction sous vésicale.

De nombreux aspects tant médicaux que chirurgicaux seront abordés : les troubles vésico sphinctériens du patient avec une maladie de Parkinson idiopathique, la vessie claquée, la valeur prédictive du bilan urodynamique, les complications pelvi-périnéales de l'accouchement, les infections urinaires en neuro-urologie, la neuromodulation sacrée appliquée aux troubles de la vidange vésicale, etc.

A l'heure de l'intelligence artificielle, nous nous questionnerons sur son apport en pelvi-périnéologie (intérêts des modélisations, réalité virtuelle, réalité augmentée...).

Le QUIZZ vous a emballé(e) ces dernières années ? Pas d'inquiétude, il est bien au programme en 2024 à Antibes, au milieu des stands d'exposition !

Pour le bureau de la SIFUD-PP,

**Xavier Deffieux**  
*Secrétaire Général*

## SIFUD-PP 2024 ! Antibes, un nouveau voyage sur la Côte d'Azur ... !

Quel honneur que d'assurer à nouveau cette année la présidence de ce 46<sup>e</sup> congrès sur cette côte radieuse, avec l'objectif de nous réunir pour quelques jours studieux et de convivialité. Un grand merci au Conseil d'Administration, au Bureau, à son Président et au Conseil Scientifique de cette confiance.

Pour tous, un flot de thématiques, incluant ce qui nous réunit : l'attention portée sur les troubles pelvi-périnéaux quelques soient leurs origines, la nécessité d'une évaluation clinique, le besoin d'explorations (dont l'urodynamique une des fondations de la SIFUD), les réflexions et les recherches qu'ils suscitent, les démarches thérapeutiques raisonnées qu'ils imposent avec une attention constante pour les Patients qui nous les confient et que nous prenons en charge.

Ainsi pour plus de concret, des ateliers pratiques interactifs, des débats, voire des controverses car tout est loin d'être résolu, des tables rondes pour faire des points d'étape.

Le rapport incluant à nouveau de l'urodynamique est toujours en moment clé tout comme lectures, mise au point et « état de l'art ».

La première journée réunit aussi nos proches collaborateurs, infirmières, infirmiers. Leur accompagnement nous est indispensable et les thèmes choisis encore cette année pourraient très bien être considérés comme le reflet de « pratiques avancées ».

Antibes reste particulièrement une étape « remarquable » puisque c'est là qu'est né « la journée junior » il y a maintenant 8 ans, journée qui incite et invite les plus jeunes à rejoindre nos rangs.

Ces moments de convivialité réunissant nos disciplines ne pourraient exister sans la présence et l'accompagnement de nos partenaires qui sauront, comme à l'accoutumée, vous accueillir à la fois lors de leurs symposiums et sur leur stand.

Mais puisque vous vous laisserez capter par le programme, le Palais des Congrès étant très proche et tourné vers la mer et ses plages, vous pourrez aisément, en fin de journée, profiter de petits bains de mer, de balades sur le sable, les soirées étant toujours douces et plus longues en ce mois de juin.

Bienvenue à tous pour ce 46<sup>e</sup> Congrès de la SIFUD-PP.

Amitiés à tous et profitez d'un bon congrès !

**Bernard Parratte**

*Président du 46<sup>e</sup> Congrès de la SIFUD-PP d'Antibes*

# INFORMATIONS GENERALES



## ANTIPOLIS – PALAIS DES CONGRÈS D'ANTIBES

60 chemin des sables,  
06160 Antibes



**DU 12 AU 14 JUIN 2024**

**H O P** **HOPSCOTCH CONGRES**  
**S C O** 23 / 25 rue Notre Dame des Victoires  
**T C H** 75 002 Paris  
CONGRÈS

### ORGANISATION GENERALE

**Margot CHESTERMAN**

**TEL :** 01 41 34 20 88

**EMAIL :** mchesterman@hopscotchgroupe.com

**Eva TATIN**

**TEL :** 01 41 34 20 37

**EMAIL :** etatin@hopscotchcongres.com

### GESTION DES PARTENARIATS

**Faiza CHENOUIFI**

**TEL :** 01 70 94 65 84

**EMAIL :** fchenoufi@hopscotchcongres.com

### SERVICE INSCRIPTIONS

**TEL :** 01 41 34 20 21

**EMAIL :** inscription@sifud-congres.fr



### SIFUD-PP

Lieu-dit « Les Portes de l'Europe »

10, rue du Dr. Baillat

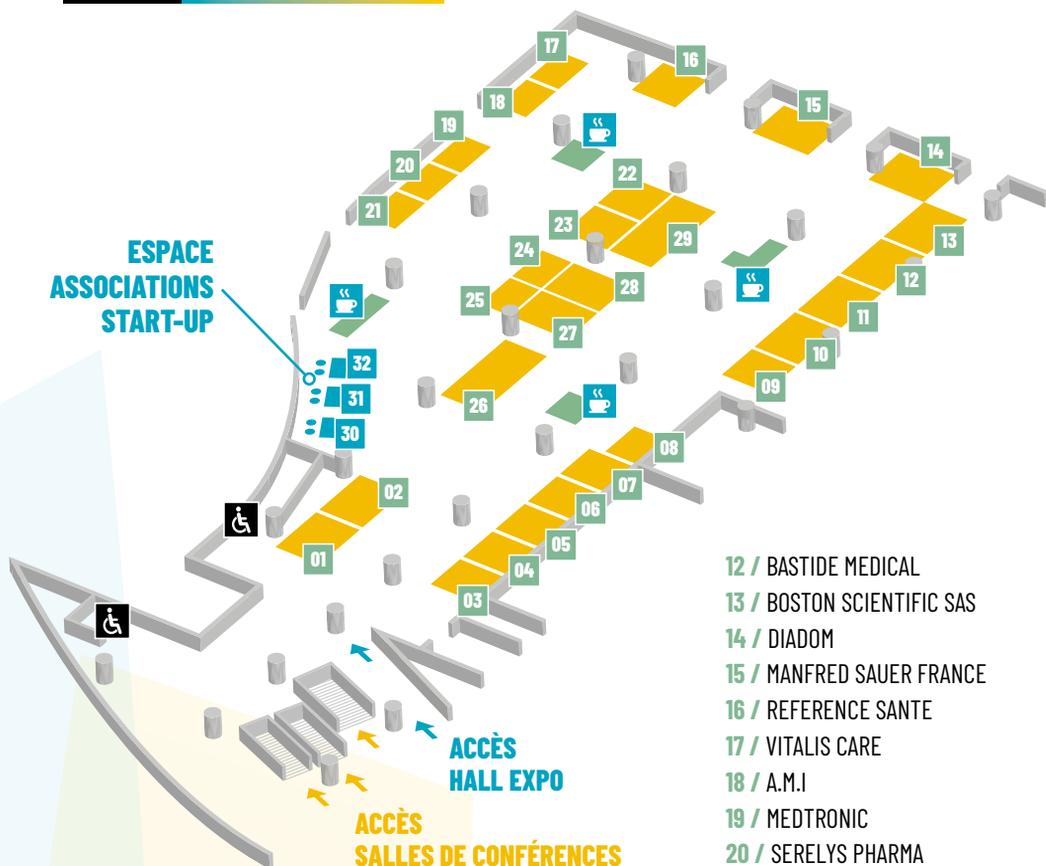
66 100 Perpignan

**TEL :** 04 68 54 67 10

**EMAIL :** info@sifud-pp.fr

**WEB :** www.sifud-pp.fr

# PLAN D'EXPOSITION



ESPACE  
ASSOCIATIONS  
START-UP

ACCÈS  
HALL EXPO

ACCÈS  
SALLES DE CONFÉRENCES

01 / CREO MEDICAL

02 / FSK

03 / TELEFLEX

04 / IBSA

05 / B. BRAUN MEDICAL

06 / IPSEN PHARMA

07 / LILIAL

08 / ab medica

09 / HOLLISTER INC.

10 / LES LABORATOIRES PIERRE FABRE

11 / LABORIE

12 / BASTIDE MEDICAL

13 / BOSTON SCIENTIFIC SAS

14 / DIADOM

15 / MANFRED SAUER FRANCE

16 / REFERENCE SANTE

17 / VITALIS CARE

18 / A.M.I

19 / MEDTRONIC

20 / SERELYS PHARMA

21 / TENSI+

22 / CHATTANOOGA

23 / SCHWA MEDICO FRANCE

24 / BD

25 / SLG MEDICAL

26 / LABORATOIRES CONVATEC

27 / LABORATOIRE COLOPLAST

28 / ABBVIE

29 / WELLSPECT

30 / PARLONS PIPI SANS TABOUS

31 / VEA

32 / FLOWSTIM TECHNOLOGY

# SYNOPSIS MERCREDI 12 JUIN 2024

AMPHITHÉÂTRE NIVEAU 3	SALLE ELLA FITZGERALD NIVEAU 3	SALLE MILES DAVIS NIVEAU 3	SALLE LOUIS ARMSTRONG NIVEAU 3	SALLE SIDNEY BECHET NIVEAU 3
08h45 - 10h15 <b>JOURNÉE DES INFIRMIÈRES</b>	09h00 - 12h00 <b>SESSION JUNIORS</b>	09h00 - 10h30 <b>ATELIER 1</b> Incontinence urinaire après enterocystoplastie d'agrandissement chez le patient neurologique : quel bilan ? quelle prise en charge ?	09h00 - 10h30 <b>ATELIER 5</b> Comment prévenir chez la femme les facteurs de risque pelvi périnéaux dans sa vie quotidienne (sport, travail, sédentarité, surpoids...)?	09h00 - 10h30 <b>ATELIER 9</b> Le transit chez le neurologique (gastroparésie, constipation, reprise du transit en post opératoire...)
10h15 - 10h40 Pause et visite des stands		10h30 - 12h00 <b>ATELIER 2</b> Bilan urodynamique : prévention et gestion des difficultés et complications lors de l'examen	10h30 - 12h00 <b>ATELIER 6</b> Chirurgie non prothétique de l'incontinence urinaire d'effort en 2023 (Burch, bandelette aponévrotique, agents comblants) : techniques indications et résultats	10h30 - 12h00 <b>ATELIER 10</b> Vessie neurologique chez l'enfant : pourquoi et comment l'accompagner vers l'adolescence et l'âge adulte ?
10h40 - 12h00 <b>JOURNÉE DES INFIRMIÈRES</b>		12h00 - 13h30 Pause déjeuner sur exposition		
13h30 - 14h30 <b>JOURNÉE DES INFIRMIÈRES ATELIER 1</b>	13h30 - 14h30 <b>JOURNÉE DES INFIRMIÈRES ATELIER 2</b>	13h30 - 15h00 <b>ATELIER 3</b> Profilométrie statique et dynamique : conditions de réalisation et interprétation	13h30 - 15h00 <b>ATELIER 7</b> Evaluation clinique et quantification des prolapsus pelviens (atelier avec vidéos/photos)	13h30 - 15h00 <b>ATELIER 11</b> Prise en charge de l'hypertrophie bénigne de prostate chez le patient neurologique
14h30 - 15h50 <b>JOURNÉE DES INFIRMIÈRES</b>		15h00 - 16h30 <b>ATELIER 4</b> Contrôle qualité en urodynamique (indices de qualité, procédures, contrôle qualité réalisation / matériel / courbes/interprétation)	15h00 - 16h30 <b>ATELIER 8</b> Intérêt de l'IRM en pré et post-opératoire des prolapsus : quand ? et pour qui ?	15h00 - 16h30 <b>ATELIER 12</b> Place des examens complémentaires, des irrigations coliques, de la rééducation périnéale dans les troubles obstructifs de la défécation
15h50 - 16h15 <b>JOURNÉE DES INFIRMIÈRES</b> Synthèse de la journée et perspectives		16h30 - 16h40 <b>OUVERTURE OFFICIELLE DU CONGRÈS DE LA SIFUD-PP</b>		
16h40 - 17h40 « Les brèves de la SIFUD-PP »				
17h40 - 18h10 <b>LE DEBAT DU SOIR</b>				
18h10 - 19h10 <b>SYMPOSIUM HOLLISTER</b>				

# SYNOPSIS JEUDI 13 JUIN 2024

AMPHITHÉÂTRE NIVEAU 3	SALLE ELLA FITZGERALD NIVEAU 3
08h00 - 09h00 TABLE RONDE PLÉNIÈRE	
09h00 - 10h00 SYMPOSIUM CONVATEC	
10h00 - 10h30 Pause et visite des stands	
10h30 - 11h30 TABLE RONDE 1A	10h30 - 11h30 TABLE RONDE 1B
11h30 - 12h30 RAPPORT DE LA SIFUD	
12h30 - 14h00 Pause déjeuner sur exposition	13h00 - 14h00 SYMPOSIUM LABORIE
14h00 - 14h30 LECTURE	
14h30 - 15h30 TABLE RONDE PLÉNIÈRE	
15h30 - 16h00 MISE AU POINT	
16h00 - 16h30 BOURSES	
16h30 - 17h00 Pause et visite des stands	
17h00 - 18h30 COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES	17h00 - 18h30 COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES
18h30 - 19h30 SYMPOSIUM MEDTRONIC	
19h30 - 20h30 QUIZZ SIFUD-PP SUR EXPOSITION	

# SYNOPSIS VENDREDI 14 JUIN 2024

AMPHITHÉÂTRE NIVEAU 3	SALLE ELLA FITZGERALD NIVEAU 3
07h30 - 08h00 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SIFUD-PP	
08h00 - 09h00 TABLE RONDE PLÉNIÈRE	
09h00 - 10h00 SYMPOSIUM COLOPLAST	
10h00 - 10h20 ETAT DE L'ART	
10h20 - 10h45 Pause et visite des stands	
10h45 - 12h00 SEVEN UP	
12h00 - 13h00 TABLE RONDE 2A	12h00 - 13h00 TABLE RONDE 2B
13h00 - 14h00 Pause déjeuner sur exposition	
14h00 - 14h30 LECTURE AFU	
14h30 - 16h00 COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES	14h30 - 16h00 COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES
16h00 - 16h30 SESSION INTERACTIVE	
16h30 - 17h00 REMISE DES PRIX	
17h00 FIN DU CONGRES	

**Mercredi 12 Juin 2024**  
**De 18H10 à 19h10**

**Palais des congrès Antipolis d'Antibes - Amphithéâtre**

**Parlons des facteurs de risques et solutions  
de prévention des Infections des voies urinaires**

**Pr Aurélien Dinh – Infectiologue, Paris**  
**Pr Benoît Peyronnet – Urologue, Rennes**  
**Dr Frédérique Le Breton – MPR, Paris**



**SYMPOSIUM**

Hollister et son logo sont des marques déposées de Hollister Incorporated, USA. Toutes les autres marques et droits d'auteurs appartiennent à leur propriétaire respectif. ©2024 Hollister Inc.

# MERCREDI 12 JUIN 2024 SESSION JUNIOR

Modérateurs : Bernard Parratte (Besançon), Jean-François Hermieu (Paris), Philippe Ferry (La Rochelle)

09h00 - 09h30

## ANATOMIE

*Salle Ella Fitzgerald*

- › Quelles données anatomiques pour comprendre les troubles de la statique et de la continence chez la femme ? / *Bernard Parratte (Besançon)*
- › Que connaitre de l'innervation pelvienne pour une chirurgie du bas appareil urinaire ? / *Bernard Parratte (Besançon)*

09h30 - 10h30

## EXAMEN CLINIQUE

*Salle Ella Fitzgerald*

- › Algies périnéales / *Audrey Charlanes (Bordeaux)*
- › Prolapsus génital / *Thibaut Thubert (Nantes)*
- › Dyschésie / *Maelys Teng (Paris)*
- › Examen neuro-périnéal chez le patient avec troubles du bas appareil urinaire / *Rebecca Haddad (Paris)*

10h30 - 11h15

## PIEGES EN URODYNAMIQUE

*Salle Ella Fitzgerald*

- › Débitométrie / *Rebecca Haddad (Paris)*
- › Profilométrie / *Frédérique Le Breton (Paris)*
- › Cystomanométrie / *Audrey Charlanes (Bordeaux)*

11h15 - 12h00

## POURQUOI JE FAIS/PRESCRIS ? COMMENT JE FAIS ?

*Salle Ella Fitzgerald*

- › Injection intravésicale de toxine botulique / *Alexia Even (Garches)*
- › Injection intrasphinctérienne striée de toxine botulique (voie transpérinéale) / *Maelys Teng (Paris)*
- › Traitement du prolapsus sans prothèse / *Sandrine Campagne-Loiseau (Clermont Ferrand)*
- › Neuromodulation sacrée : test et implantation / *Xavier Biardeau (Lille)*
- › Bandelette sous urétrale rétropubienne / *Jean-François Hermieu (Paris)*
- › Injections péri urétrales agents de comblement / *Emmanuel Chartier-Kastler (Paris)*
- › Promontofixation robot / *Maxence Dorez (Nice)*

12h00 - 13h30

## PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

# MERCREDI 12 JUIN 2024 JOURNÉE DES INFIRMIÈRES

08h15 - 08h45 **ACCUEIL DES PARTICIPANTS**

08h45 - 09h00

**MOT D'ACCUEIL**

**Amphithéâtre**

*Eliane Tan (Paris), Marianne de Sèze (Bordeaux), Vanessa Thiburce (Paris-Convatec)*

09h00 - 10h15

**PLÉNIÈRE 1**

**Amphithéâtre**

**Le Bilan Urodynamique : Les bases, les pièges, l'interprétation, les particularités selon les populations (patient/e neurologique, enfant, personne âgée...)**

- › Patient neuro / *Magdaline Vivier, Murielle Caillebot (Paris)*
- › Enfant / *Pauline Lallemand, Sophie Le Goff (Paris)*
- › Personne âgée / *Rebecca Haddad, Gaëlle Marechal (Paris)*

10h15 - 10h40

**PAUSE ET VISITE DES STANDS**

10h40 - 11h20

**PLÉNIÈRE 2**

**Amphithéâtre**

› **Endométriose : quels conseils, quel suivi par l'IDE pour les troubles urinaires, sexuels et anorectaux** / *Sarah Viellefosse (Clamart), Isabelle Barbesange (Paris)*

11h20 - 12h00

**PLÉNIÈRE 3**

**Amphithéâtre**

› **Auto-sondages dans la vie quotidienne : gestion des lieux, du temps, impact environnemental, dispositifs émergents ; Présentation d'un algorithme d'aide au choix du dispositif de sondage** / *Charles Jousain, Julie Dubois, Sophie Cantero (Garches)*

12h00 - 13h30

**PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION**

13h30 - 14h30

**ATELIERS**

**ATELIER 1 / Amphithéâtre**

Sexologie de la femme : comment aborder, quelles possibilités thérapeutiques au fil des années ?

*Jennifer Salerno, Laurence Ville (Montpellier)*

**ATELIER 2 / Salle Ella Fitzgerald**

Blessés médullaires, dysraphismes, cérébrolésés, Parkinson : quels troubles, quelles options thérapeutiques

*Damien Waz, Amélie Claude (Lyon)*

**14h30 - 15h00****PLÉNIÈRE 4****Amphithéâtre**

- › Stomies urinaires et uro-chirurgie de l'enfant : quel devenir, quel suivi au longs cours ? /  
*Véronique Phé, Laëtitia Quenault, Catherine Laudignon (Paris)*

**15h00 - 15h30****PLÉNIÈRE 5****Amphithéâtre**

- › Amélioration des conditions des explorations et traitements mini-invasifs en Pelvipérinéologie :  
Sophrologie, relaxation, méditation, hypnose, ambiance olfactive et sonore... /  
*Imad Bentelis (Nice), Agnès Mottet (Grasses)*

**15h30 - 15h50****PRÉSENTATION D'UN ALGORITHME DÉCISIONNEL FACE AUX AUTOSONDAGES DIFFICILES****Amphithéâtre****15h50 - 16h15****SYNTHÈSE DE LA JOURNÉE ET PERSPECTIVES****Amphithéâtre**

*Eliane Tan, présidente de la JDI*

- › Restitution par les équipes organisatrices des ateliers des messages clefs et synthèse de la journée et perspectives pour l'année prochaine

08h15 - 09h00

ACCUEIL DES PARTICIPANTS

	ATELIERS <b>Salle Miles Davis</b>	ATELIERS <b>Salle Louis Armstrong</b>	ATELIERS <b>Salle Sidney Bechet</b>
09h00 - 10h30	<p><b>ATELIER 1</b> Incontinence urinaire après enterocystoplastie d'agrandissement chez le patient neurologique : quel bilan ? quelle prise en charge ? <i>Marie-Aimée Perrouin-Verbe (Nantes)</i> <i>Alexia Even (Garches)</i></p>	<p><b>ATELIER 5</b> Comment prévenir chez la femme les facteurs de risque pelvi-périnéaux dans sa vie quotidienne (sport, travail, sédentarité, surpoids...)? <i>Philippe Ferry (La Rochelle)</i> <i>Sylvie Billecoq (Paris)</i> <i>Benoit Steenstrup (Rouen)</i></p>	<p><b>ATELIER 9</b> Le transit chez le neurologique (gastroparésie, constipation, reprise du transit en post opératoire...) <i>Gérard Amarenco (Paris)</i> <i>Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)</i></p>
10h30 - 12h00	<p><b>ATELIER 2</b> Bilan urodynamique : prévention et gestion des difficultés et complications lors de l'examen <i>Nicolas Turmel (Paris)</i> <i>Brigitte Fatton (Nimes)</i></p>	<p><b>ATELIER 6</b> Chirurgie non prothétique de l'incontinence urinaire d'effort en 2023 (Burch, bandelette aponévrotique, agents comblants) : techniques indications et résultats <i>Thibaut Thubert (Nantes)</i> <i>Benoit Peyronnet (Rennes)</i></p>	<p><b>ATELIER 10</b> Vessie neurologique chez l'enfant : pourquoi et comment l'accompagner vers l'adolescence et l'âge adulte ? <i>Pauline Lallemand (Paris)</i> <i>Alice Faure (Marseille)</i></p>

12h00 - 13h30

PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

	ATELIERS <b>Salle Miles Davis</b>	ATELIERS <b>Salle Louis Armstrong</b>	ATELIERS <b>Salle Sidney Bechet</b>
13h30 - 15h00	<p><b>ATELIER 3</b> Profilométrie statique et dynamique : conditions de réalisation et interprétation <i>Camille Chesnel (Paris)</i> <i>Jean-François Hermieu (Paris)</i></p>	<p><b>ATELIER 7</b> Evaluation clinique et quantification des prolapsus pelviens (atelier avec vidéos/photos) <i>Sandrine Campagne-Loiseau (Clermont Ferrand)</i> <i>Caroline Thuillier (Grenoble)</i></p>	<p><b>ATELIER 11</b> Prise en charge de l'hypertrophie bénigne de prostate chez le patient neurologique <i>Xavier Biarreau (Lille)</i> <i>Maelys Teng (Paris)</i></p>
15h00 - 16h30	<p><b>ATELIER 4</b> Contrôle qualité en urodynamique (indices de qualité, procédures, contrôle qualité réalisation / matériel / courbes/interprétation) <i>Isabelle Barbesange (Paris)</i> <i>Frédérique Le Breton (Paris)</i></p>	<p><b>ATELIER 8</b> Intérêt de l'IRM en pré et post-opératoire des prolapsus : quand ? et pour qui ? <i>Marie Florin (Paris)</i> <i>Renaud de Tayrac (Nimes)</i></p>	<p><b>ATELIER 12</b> Place des examens complémentaires, des irrigations coliques, de la rééducation périnéale dans les troubles obstructifs de la défécation <i>Sophie Marjoux (Cagnes-sur-Mer)</i> <i>Martine Cornillet-Bernard (Paris)</i></p>

16h30 - 16h40

## OUVERTURE DU CONGRES DE LA SIFUD-PP

### **Amphithéâtre**

Jean-François Hermieu (Paris), Bernard Parratte (Besançon), Xavier Deffieux (Clamart), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)

16h40 - 17h40

## BRÈVES DE LA SIFUD-PP

### **Amphithéâtre**

Modérateurs : Emmanuel Chartier-Kastler (Paris), Camille Chesnel (Paris), Thibaut Thubert (Nantes)

- › Auto-rééducation chez la femme, quand et comment ? / *Emilie Cerutti (Besançon)*
- › En quoi la chirurgie robot assistée améliore la prise en charge urologique chirurgicale des patients neurologiques ? / *Alain Ruffion (Lyon)*
- › Thérapie génique dans l'hyperactivité vésicale / *Charles Joussain (Garches)*
- › Sténose anastomotique après prostatectomie radicale : comment gérer ? / *Benoit Peyronnet (Rennes)*
- › L'information réglementaire à la patiente avant chirurgie de l'incontinence et/ou prolapsus / *Renaud de Tayrac (Nîmes)*
- › Effet de la vitamine D sur les fonctions urinaires en péri ménopause / *Thibaut Thubert (Nantes)*
- › Ecologie et autosondages en 2024, où en est-on ? / *Claire Hentzen (Paris)*

17h40 - 18h10

## LE DEBAT DU SOIR

### **Amphithéâtre**

Modérateurs : Jean-François Hermieu (Paris), Xavier Deffieux (Clamart)

Traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort masquée en cas de prolapsus

- › En même temps / *Renaud de Tayrac (Nîmes)*
- › En deux temps / *Gilles Karsenty (Marseille)*

18h10 - 19h10

## SYMPOSIUM HOLLISTER

### **Amphithéâtre**

Parlons des facteurs de risques et solutions de prévention des infections des voies urinaires / *Aurélien Dinh (Garches), Frédérique Le Breton (Paris), Benoit Peyronnet (Rennes)*

19h15

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SIFUD-PP

*Salle Sidney Bechet*



## Symposium Laborie animé par le Pr. Véronique Phé, Hôpital Tenon

Jeudi 13 juin de 13H00 à 13H30

### **Optilume ballonnet urétral à élution médicamenteuse** Un nouveau standard pour les sténoses récurrentes de l'urètre antérieur ?

Une revue de la série d'études cliniques ROBUST présentant des données d'essais cliniques randomisés à 5 ans et à 3 ans, et les dernières recommandations cliniques pour la prise en charge de la sténose de l'urètre antérieur.

Optilume est-il l'alternative qui change la donne par rapport aux soins standard existants pour le traitement du rétrécissement antérieur récurrent de l'urètre ?

# JEUDI 13 JUIN 2024

07h30 - 08h00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

08h00 - 09h00 TABLE RONDE PLÉNIÈRE

## **Amphithéâtre**

*Modérateurs : Gérard Amarenco (Paris), Xavier Deffieux (Clamart), Michel Cosson (Lille)*

### « Valeur prédictive » du bilan urodynamique en pelvi périmétrie

- > Valeur de la cystomanométrie pour les résultats du traitement chirurgical de l'incontinence urinaire mixte / *Brigitte Fattou (Nîmes)*
- > Valeur de la profilométrie pour les résultats du traitement de l'incontinence urinaire à l'effort (bandelette sous urétrale, sphincter urinaire artificiel, ballonnets, Burch...) / *Jean-François Hermieu (Paris)*
- > Valeur du bilan urodynamique pour les complications en neuro-urologie / *Nicolas Turmel (Paris)*

09h00 - 10h00 SYMPOSIUM CONVATEC

## **Amphithéâtre**

**Autosondages difficiles : Pourquoi ? Chez qui ? Comment faire ? /**  
*Xavier BIARDEAU (Lille)*

10h00 - 10h30 PAUSE ET VISITE DES STANDS

10h30 - 11h30 TABLES RONDES

### **TABLE RONDE 1A / Amphithéâtre**

*Modérateurs : Rebecca Haddad (Paris), Xavier Gamé (Toulouse)*

#### **Troubles vésico sphinctériens du patient avec une Maladie de Parkinson Idiopathique (MPI)**

- > Sémiologie et physiopathologie des troubles urinaires / *Matthieu Grasland (Paris)*
- > Comment traiter l'hyperactivité vésicale ? / *Evelyne Castel Lacanal (Toulouse)*
- > Indications de la chirurgie prostatique chez le patient atteint de MPI / *Véronique Phé (Paris)*

### **TABLE RONDE 1B / Salle Ella Fitzgerald**

*Modérateurs : Anne-Cécile Pizzoferrato (Poitiers), Caroline Thuillier (Grenoble)*

#### **Tout savoir sur les péritonéocèles/élytrocèles/entéroécèles**

- > Qu'est-ce que c'est et qu'est-ce que ça change pour les autres éléments du prolapsus ? / *Michel Cosson (Lille)*
- > Place de la radiologie dans le diagnostic / *Marie Florin (Paris)*
- > Techniques chirurgicales / *Philippe Ferry (La Rochelle)*

11h30 - 12h30 RAPPORT DE LA SIFUD-PP

## **Amphithéâtre**

*Modérateurs : Bernard Parratte (Besançon), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)*

- > Evaluation urodynamique de l'obstruction sous vésicale / *Xavier Deffieux (Clamart), Claire Hentzen (Paris), Caroline Thuillier (Grenoble)*

# JEUDI 13 JUIN 2024

12h30 - 14h00 PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

13h00 - 13h30 SYMPOSIUM LABORIE

**Salle Ella Fitzgerald**

Optilume ballonnet urétral à élution médicamenteuse - Un nouveau standard pour les sténoses récurrentes de l'urètre antérieur ? / *Véronique Phé (Paris)*

14h00 - 14h30

LECTURE

**Amphithéâtre**

Modérateurs : *Gilberte Robain (Paris)*, *Adrien Vidart (Suresnes)*

› La vessie claquée : physiopathologie, étiopathogénie et traitements / *Jacques Kerdraon (Ploemeur)*

14h30 - 15h30

TABLE RONDE PLÉNIÈRE

**Amphithéâtre**

Modérateurs : *Rajeev Ramanah (Besançon)*, *Gérard Amarenco (Paris)*, *Guillaume Meurette (Genève, Suisse)*, *Sylvie Billecocq (Paris)*

Complications pelvi-périnéales de l'accouchement : rétention urinaire et incontinence fécale du post partum

- › Prévalence et facteurs de risque de la rétention urinaire et de l'incontinence anale du post partum / *Rajeev Ramanah (Besançon)*
- › Rétention urinaire persistante du post partum : bilan et prise en charge / *Gérard Amarenco (Paris)*
- › Incontinence fécale : bilan et prise en charge / *Guillaume Meurette (Genève, Suisse)*
- › La rééducation périnéale peut-elle être indiquée et pour quels résultats ? / *Sylvie Billecocq (Paris)*

15h30 - 16h00

MISE AU POINT

**Amphithéâtre**

Modérateur : *Véronique Phé (Paris)*

› Infections urinaires en neuro-urologie - Woca / d-mannose / modulateurs du microbiome/autres - où en est-on ? / *Pierre Denys (Garches)*

16h00 - 16h30

BOURSES

**Amphithéâtre**

*Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)*, *Jean-François Hermieu (Paris)*, *Xavier Deffieux (Clamart)*

16h30 - 17h00 PAUSE ET VISITE DES STANDS

## COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES

### **Amphithéâtre**

*Modérateurs : Charles Joussain (Garches), Adrien Vidart (Suresnes), Benoit Steenstrup (Rouen)*

- › Programme d'éducation à la santé pelvi-périnéale féminine : élaboration d'un consensus via la Méthode Delphi / *Julia Deparis, Xavier Fritel, Véronique Blanchard, Meggy Laventure, Anne-Cécile Pizzoferrato*
- › Bénéfice de l'ajout d'un traitement anticholinergique chez les patients avec sclérose en plaques en perte d'efficacité de la toxine botulique intra détrusorienne / *Adrien Haegel, Maëlys Teng, Camille Noël, Magdaline Vivier, Camille Chesnel, Gérard Amarenco, Claire Hentzen*
- › Effet de la neurostimulation tibiale transcutanée sur la fonction sexuelle chez les femmes atteintes de sclérose en plaques / *Magdaline Vivier, Théa Raphael, Maëlys Teng, Camille Chesnel, Camille Noël, Gérard Amarenco, Claire Hentzen*
- › Switch de l'onabotulinum toxin A vers l'abobotulinum toxin A dans le traitement de l'hyperactivité détrusorienne neurogène chez le patient porteur d'une lésion médullaire : Evaluation de l'efficacité à moyen terme / *Bénédicte Reiss, Camille Le Roy, Chloé Lefèvre, Laure Lepoittevin, Marc Le Fort, Jérôme Rigaud, Brigitte Perrouin-Verbe, Marie-Aimée Perrouin-Verbe*
- › Prévalence, facteurs de risques et gestion des difficultés de manipulation du sphincter artificiel urinaire chez la femme / *Alexandre Dubois, Valentine Lethuillier, Louis-Paul Berthelot, Claire Richard, Camille Haudebert, Caroline Voiry, Lucas Fretón, Juliette Hascoet, Andrea Manunta, Benoit Peyronnet*

## COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES

### **Salle Ella Fitzgerald**

*Modérateurs : Audrey Charlanes (Bordeaux), Christian Saussine (Strasbourg), Rajeev Ramanah (Besançon)*

- › Seuils de déformation périnéale associés au risque de déchirure périnéale lors de l'accouchement : évaluation par stéréophotogrammétrie sur modèle de trui ex vivo / *Marine Lallemand, Tiguida Kadiake, Arnaud Lejeune, Jérôme Chambert, Michel Cosson, Rajeev Ramanah, Nicolas Mottet, Emmanuelle Jacquet*
- › Influence de la rigidité périnéale pendant la grossesse sur les déchirures périnéales pendant l'accouchement / *Marine Lallemand, Tiguida Kadiake, Arnaud Lejeune, Rajeev Ramanah, Michel Cosson, Jérôme Chambert, Emmanuelle Jacquet, Nicolas Mottet*
- › Comparaison des complications sévères et de la récurrence après colpoplectomie versus sacrospinofixation : analyse à partir du registre VIGI-MESH / *Marine Lallemand, Philippe Deboinance, Alessandro Ruffolo, Aurore Deseure, Yohan Kerbage, Chrystèle Rubod, Michel Cosson, Xavier Fritel*
- › Influence de la biométrie et de la rigidité du centre tendineux du périnée et du sphincter anal pendant le travail sur les déchirures périnéales / *Marine Lallemand, Tiguida Kadiake, Arnaud Lejeune, Jérôme Chambert, Michel Cosson, Emmanuelle Jacquet, Nicolas Mottet*
- › Radiofréquence vulvo-vaginale une approche globale en hôpital de jour, pour nos patientes en errance thérapeutique / *Saskia Venverloo*

- › Cathéter sus-pubien à demeure ou dérivation non continente par conduit iléal chez le patient neurologique.

Etude coût-conséquence sur 10 ans / *Chloé DE BROUCKER, Julie BULSEI, Arnaud DECLEMY, Eric FONTAS, Gilles KARSENTY, Youness AHALLAL, Matthieu DURAND, Benoît PEYRONNET, Imad BENTELLIS*

- › Les émissions-fontaines : mise au point sur les données récentes et implications cliniques / *Nicolas CESSON*
- › Avis des patients présentant des troubles mictionnels sur les différents types dispositifs de débitmétrie ambulatoire, une étude transversale / *Pierre-Luc DEQUIREZ, Jessica SCHIRO, Anne WOJTANOWSKI, Julien DE JONCKHEERE, Xavier BIARDEAU*

- › Implantation de ballonnets Pro-ACT par technique de rétrovision dans le traitement de l'incontinence urinaire de l'homme après prostatectomie radicale : résultats à long terme / *Dimitri PAILLUSSON, Marie-Liesse DE GUERRY, Stéphane DE VERGIE, Marie-Aimée PERROUIN-VERBE*

- › Les réunions de concertation pluridisciplinaire de pelvi-périnéologie modifient-elles les prises en charges thérapeutiques ? / *Charlotte DELACROIX, Sandra MARTIS, Lucie ALLEGRE, Brigitte FATTON, Renaud DE TAYRAC, Laurent WAGNER*

- › Implantation du sphincter urinaire artificiel chez la femme par voie coelioscopique robot-assistée avec dissection postérieure du col vésical et contrôle cystoscopique per-opératoire : résultats à moyen terme / *Ines JARROSSAY, Lucas BROUDEUR, Loïc LE NORMAND, George KARAM, Jerome RIGAUD, Marie-Aimée PERROUIN-VERBE*

- › La neuromodulation des racines sacrées améliore la fonction et la qualité de vie chez les patients opérés d'une anastomose iléo-anale autant que les patients incontinents / *Farouk DRISSI, Matteo DI GIUSEPPE, Caroline CHRISTIEN, Emilie DUCHALAIS, Arnaud BOURREILLE, Guillaume MEURETTE*

18h30 - 19h30

## SYMPOSIUM MEDTRONIC

*Amphithéâtre*

**Interstim X - Le nouveau système non rechargeable et son impact sur l'environnement de la thérapie** / *Benoît Peyronnet (Rennes)*

19h30 - 20h30

## QUIZZ SIFUD-PP SUR EXPOSITION

Organisateurs et présentateurs : *Pierre-Luc Dequirez (Lille), Marine Lallemand (Lille)*

# UNE MANIPULATION FACILE ET HYGIÉNIQUE EST IMPORTANTE POUR VOUS ?

Découvrez comment la nouvelle gaine protectrice de LoFric Origo peut aider plus d'hommes à contrôler leur vessie.

La dernière évolution de LoFric Origo est une fine gaine qui recouvre totalement la tubulure de la sonde. Cela permet à l'utilisateur de toucher et de tenir la sonde sans contaminer la tubulure.

La large gamme LoFric Origo offre une manipulation hygiénique avec différentes possibilités selon les besoins et permet à plus d'hommes de pratiquer le sondage intermittent.

*LoFric Origo est un dispositif médical de Classe I stérile, à usage unique, fabriqué et stérilisé par Wellspect HealthCare, Mölndal Suède, indiqué dans le sondage urinaire intermittent. Organisme notifié CE 2797. Remboursement sécurité sociale à 60% ou 100% pour le patient en A.L.D. Lire attentivement le mode d'emploi. REV : mars 2024.*



3096 0002



wellspect.fr



Pour plus d'informations, retrouvez nous sur notre site en scannant ce QR code.

## LoFric® Origo™

# VENDREDI 14 JUIN 2024

07h00 - 07h30 | ACCUEIL DES PARTICIPANTS

07h30 - 08h00 | ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SIFUD-PP  
**Amphithéâtre**

08h00 - 09h00 | TABLE RONDE PLENIERE  
**Amphithéâtre**

*Modérateurs : Gilles Karsenty (Marseille), Marianne de Sèze (Bordeaux), Camille Chesnel (Paris), Grégoire Capon (Bordeaux), Xavier Biardeau (Lille), Alice Faure (Marseille)*

### **Neuromodulation sacrée (NMS) et troubles de la vidange vésicale**

- Rappels des mécanismes d'action de la NMS / *Camille Chesnel (Paris)*
- Indications et résultats chez la femme / *Grégoire Capon (Bordeaux)*
- Indications et résultats chez l'homme / *Xavier Biardeau (Lille)*
- Indications et résultats chez l'enfant / *Alice Faure (Marseille)*

09h00 - 10h00 | SYMPOSIUM COLOPLAST  
**Amphithéâtre**

**Comment éviter par la sonde les problèmes d'infections urinaires chez les patients sous sondage intermittent ?** / *Xavier Gamé (Toulouse), Pierre Denys (Paris)*

10h00 - 10h20 | ETAT DE L'ART  
**Amphithéâtre**

*Modérateurs : Christian Saussine (Strasbourg)*

- **Douleurs pelvipérinéales post opératoires : quelles stratégies diagnostiques ?** / *Amélie Levesque (Nantes)*

10h20 - 10h45 | PAUSE ET VISITE DES STANDS

10h45 - 12h00 | SEVEN UP  
**Amphithéâtre**

*Modérateurs : Jacques Kerdraon (Ploemeur), Brigitte Fatton (Nîmes), Emmanuel Chartier-Kastler (Paris)*

- **Complications à moyen terme des réparations primaires des lésions obstétricales du sphincter anal obstétrical en France** / *Marine Lallemand, Stéphanie Bartolo, Louise Ghesquiere, Chrystèle Rubod, Alessandro Ruffolo, Yohan Kerbage, Emmanuel Chazard, Michel Cosson*
- **Nouveau sphincter urinaire artificiel UroActive : résultats de la première étude d'implantation chez l'homme à 6 mois après activation (étude SOPHIA)** / *Emmanuel Chartier-Kastler, Aurélien Beaugerie, Marie-Aimée Perrouin-Verbe, Stéphanie Tran, Anne Denormandie, Juliette Cotte, Caroline Plassais, Florence Poinard, Pierre Mozer*

- **Modifications structurelles et fonctionnelles de la barrière urothéliale après lésion médullaire : Etude de l'implication des médiateurs lipidiques à partir d'un modèle murin et application à l'Homme** / *Caroline Chapelle, Lucas Broudeur, Anne Bessard, Tony Durand, Catherine Le Berre-Scoul, Maximilien Baron, Jerome Rigaud, Michel Neunlist, Marie-Aimée Perrouin-Verbe*
- **Facteurs prédictifs d'implantation et de réponse à long terme de la neuromodulation des racines sacrées dans l'hyperactivité vésicale idiopathique réfractaire** / *Marie-Aimée Perrouin-Verbe, Samy Hafez, Louise Olivier, Benhamin Carolus, Xavier Biardeau*
- **Efficacité de la neuromodulation sacrée dans le traitement de l'hyperactivité vésicale neurogène chez les patients atteints de sclérose en plaques** / *Benjamin Carolus, Xavier Biardeau, Louise Olivier, Marie-Aimée Perrouin-Verbe, Benoît Peyronnet, Grégoire Capon, Sami Hafez*
- **Comparaison de la spectroscopie d'impédance électrique et de la manométrie anorectale assistées par l'apprentissage automatique dans la détection des Lésions Obstétricales du Sphincter Anal (LOSA) : informations post-hoc d'une étude clinique prospective multicentrique** / *Renaud De Tayrac, Hynek Heřman, Petr Janku, Małgorzata Uchman-Musielak, Erik Dosedla, Enrique Gonzalez Diaz, Marcel Młyńczak, Kacper Korzeniewski, Piotr Iwanowski, Katarzyna Borycka*
- **Impact de la désinfection du champ opératoire sur le microbiote vaginal en chirurgie vaginale urogynécologique** / *Lucie Allegre, Renaud De Tayrac, Yingan Zhang, Florian Salipante, Thibault Thubert, Remy Catherine*

12h00 – 13h00

## TABLES RONDES

### TABLE RONDE 2A / Amphithéâtre

*Modérateurs : Camille Chesnel (Paris), Charlotte Deprez (Rouen), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon), Guillaume Meurette (Genève, Suisse)*

#### Mise au point sur les traitements des troubles fonctionnels digestifs

- Constipation de transit et constipation distale : quels traitements de première ligne ? / *Charlotte Deprez (Rouen)*
- Traitement médical de l'incontinence anale / *Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)*
- Caecostomie per cutanée et incontinence anale / *Guillaume Meurette (Genève, Suisse)*

### TABLE RONDE 2B / Salle Ella Fitzgerald

*Modérateurs : Michel Cosson (Lille), Marine Lallemand (Lille), Gilberte Robain (Paris), Benoît Peyronnet (Rennes), Benoit Steenstrup (Rouen)*

#### Modélisations, réalité virtuelle, réalité augmentée : quels progrès pour quels intérêts en pelvi-périnéologie ?

- Modélisation biomécanique des mobilités des organes pelviens / *Michel Cosson (Lille), Marine Lallemand (Lille)*
- Modélisation des troubles du bas appareil urinaire / *Gilberte Robain (Paris)*
- Réalité augmentée au service de la chirurgie pelvi-périnéale / *Benoît Peyronnet (Rennes)*
- Réalité virtuelle et rééducation / *Benoît Steenstrup (Rouen)*

13h00 – 14h00

## PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

# VENDREDI 14 JUIN 2024

14h00 - 14h30

LECTURE AFU (RAPPORT CONGRÈS AFU 2023)

**Amphithéâtre**

Modérateurs : Pierre Denys (Garches), Renaud De Tayrac (Nîmes)

› **La fertilité masculine** / *Xavier Gamé (Toulouse)*

14h30 - 16h00

COMMUNICATIONS LIBRES

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES

**Amphithéâtre**

Modérateurs : Pierre Denys (Garches), Evelyne Castel Lacanal (Toulouse), Sylvie Billecocq (Paris)

- › Sondage intermittent et incidence des symptômes évocateurs d'une infection urinaire chez les patients utilisant des sondes pré-lubrifiées ou hydrophiles : une analyse de données de vie réelle / *Emmanuel Chartier-Kastler, Tarik Yalaoui*
- › Adaptation culturelle et validation de l'Antwerp Pelvic Floor Knowledge Questionnaire en langue française / *Julia DeParis, Xavier Fritel, Els Bakker, Véronique Blanchard, Anne-Cécile Pizzoferrato*
- › Evaluation de la dépression et la qualité de vie chez l'enfant énurétique / *Khaoula Rsaissi, Taha Zineddine, Mouad Yazidi, Hasnaa Boutalja, Nada Kyal, Fatima Lmidmani, Abdellatif El Fatimi*
- › Efficacité et sécurité de la combinaison d'un traitement oral avec une thérapie de troisième ligne dans le syndrome d'hyperactivité vésicale idiopathique : une étude de cohorte rétrospective monocentrique / *Pierre-Luc Dequièrez, Shavy Nagpal, Benjamin Brucker*
- › Stimulation transcutanée du nerf tibial dans l'hyperactivité vésicale chez les patients avec sclérose en plaques / *Claire Hentzen, Camille Chesnel, Philippe Lagnau, Emilie Blouet, Maëlys Teng, Gérard Amarengo*

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES

**Salle Ella Fitzgerald**

Modérateurs : Anne-Cécile Pizzoferrato (Poitiers), Xavier Gamé (Toulouse), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)

- › Faisabilité et résultats à court terme de la remise en tension de bandelette sous urétrale pour incontinence urinaire d'effort persistante ou récidivée / *Susie De Gracia, Melanee Cayrac, Brigitte Fatton, Renaud De Tayrac*
- › Dérivation urinaire cutanée continente chez les patients porteurs d'une vessie neurologique : Faut-il systématiquement associer un agrandissement de vessie ? Expérience monocentrique et résultats à long terme / *Marie-Aimée Perrouin-Verbe, Camille Le Roy, Chloë Lefèvre, Matilde Karakachoff, Bénédicte Reiss, Marc Le Fort, Jérôme Rigaud, Loïc Le Normand, Brigitte Perrouin-Verbe*
- › Évaluation de la qualité et de la fiabilité des vidéos YouTube sur les déchirures périnéales obstétricales / *Faustine Tellier, Marine Lallemand*
- › Bandelette sous urétrales aponévrotiques ou sphincter urinaire artificiel robot chez la femme neurologique, étude multicentrique internationale / *Ophélie Decombe, Charles Mazeaud, Rose Khavari, Ong Melody, Alice Pitout, Benoit Peyronnet*
- › Injections péri-urétrales de Bulkamid en consultation et en ambulatoire : Étude monocentrique rétrospective / *Camille Haudebert, Brice Faurie, Juliette Hascoet, Claire Richard, Krystal Nyangoh Timah, Benoit Peyronnet*

# VENDREDI 14 JUIN 2024

- › Le catalogue mictionnel électronique généré par le sphincter urinaire Uroactive™ (Uromems) apporte-t-il de la fiabilité ? / *Stephanie Tran, Emmanuel Chartier-Kastler, Maire-Aimée Perrouin-Verbe, Anne Denormandie, Juliette Cotte, Caroline Plassais, Pierre Mozer, Aurélien Beaugerie*
- › Prévalence et mécanisme du dysfonctionnement de la vessie dans le syndrome de Guillain-Barré / *Hasnaa Boutalja, Nada Kyal, Hajar Idam, Fatima Lmidmani, Abdellatif El Fatimi*
- › Troubles vésico-sphinctériens dans la maladie de Behçet / *Abdelhakim Kabil, Rime Dades, Mouad Yazidi, Hasnaa Boutalja, Nada Kyal, Fatima Lmidmani, Abdellatif El Fatimi*
- › Exploration des facteurs de risque de prolapsus des organes pelviens dans l'est de la République démocratique du Congo : une étude cas-témoins / *Eloge Ilunga, Denis Mukwege, Renaud Detayrac, Branly Mbunga, Raha Maroyi, Dieudonné Sengeyi Mushengezi Amani*
- › Réctopexie ventrale par voie coelioscopique avec assistance robotique pour le traitement des troubles du compartiment pelvien postérieur / *Alessandro Ferdinando Ruffolo, Ipek Betul Ozcivit Erkan, Benjamin Lambert, Marine Lallemant, Michel Cosson*
- › Est-il raisonnable d'implanter un troisième sphincter urinaire artificiel chez un homme après deux précédentes implantations ? / *François Meyer, Juliette Cotte, Lucas Bento, Guillaume Nicaud, Alexandre Dubois, Hubert Werth, Christian Saussine, François Desgrandchamps, Jean-Nicolas Cornu, Benoit Peyronnet*
- › Fixation du Ligament Sacro-Épineux dans le traitement du prolapsus vaginal : Une enquête sur les préférences des membres de l'EUGA.v / *Charlotte Delacroix, Susie De Gracia, Lucie Allegre, Nikolaos Evangelopoulos, Brigitte Fatton, Florence Wang, Syad Abdurahman, Renaud De Tayrac*

16h00 - 16h30

## CAS CLINIQUE (SESSION INTERACTIVE)

### Amphithéâtre

Discutants : *Sandrine Campagne-Loiseau (Clermont-Ferrand), Xavier Gamé (Toulouse), Rebecca Haddad (Paris)*

- › Une femme diabétique de type 2 se plaint de fuites urinaires et d'une sensation de pesanteur périnéale. Comment j'évalue, comment j'analyse, comment je traite ? / *Nicolas Hermieu (Paris)*

16h30 - 17h00

## REMISE DES PRIX

### Amphithéâtre

- › Bourses, meilleures communications et meilleur reviewer / *Amandine Guinet-Lacoste (Lyon), Jean-François Hermieu (Paris), Xavier Deffieux (Clamart)*

17h00

## FIN DU CONGRES

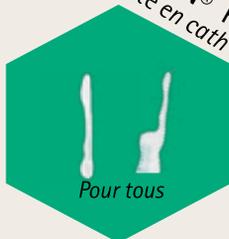
## ACTREEN®

Une gamme complète de sondes urinaires  
pour les besoins de tous.

Développée et fabriquée en France  
Depuis 1997, le site de production de Nogent-le-  
Rotrou pense et fabrique les sondes Actreen®.



ACTREEN® HI-LITE  
*Existe en cath et set*



ACTREEN® MINI  
*Existe en cath et set*



## Retrouvez-nous sur le stand B. Braun !

Pour plus d'informations, consulter la documentation disponible sur le stand.

Dispositif médical, CE0123, consultez la notice pour plus d'informations

Le présent document, son contenu, et notamment les données institutionnelles, les informations, les marques et les logos qui y sont mentionnés sont la propriété exclusive de B. Braun.

Toute représentation et/ou reproduction, partielle ou totale, de ce document et de son contenu, sans l'accord exprès et préalable de B. Braun, est strictement interdite et constitue une infraction aux droits de propriété intellectuelle de B. Braun.

Les marques citées appartiennent à leurs titulaires respectifs.

Document réservé aux professionnels de santé. Document et photo non contractuels.

Fabriqué par :

B. BRAUN MEDICAL SAS | 26 Rue Armengaud | 92210 Saint-Cloud | FRANCE

Tél. 01 41 10 53 00 | Fax 01 70 83 45 00 | [www.bbraun.fr](http://www.bbraun.fr)

Société par actions simplifiées au capital de 31 000 000€ | RCS Nanterre 562050856

INC\_20241504 - Édition : Avril 2024

➤ **AMÉLIORER LA COMPRÉHENSION DE L'INNERVATION UTÉRINE DANS L'ÉTUDE DES PATHOLOGIES PELVIENNES BÉNIGNES COMME L'ENDOMÉTRIOSE**

*Léa Roux*

➤ **UTILISATION DU SPHINCTER ARTIFICIEL URINAIRE CHEZ LA FEMME EN EUROPE : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DE L'ÉTUDE VENUS**

*Benoît Peyronnet, Emmanuel Chartier-Kastler, Luis Lopez-Fando, Marie-Aimée Perrouin-Verbe, Laurent Wagner, Karl-Dietrich Sievert, Gilles Karsenty, Xavier Biardeau, Nikesh Thiruchelvam, Frank Van Der Aa*

➤ **ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE D'UN DÉBITMÈTRE ÉLECTRONIQUE (FLOW CLEAN UROFLOWTOILET, UROSCIENCES®) INSTALLÉ DANS LE SECTEUR TECHNIQUE D'UN SERVICE UNIVERSITAIRE D'UROLOGIE**

*Margaux Felber, Ugo Pinar, Emmanuel Chartier-Kastler, Barnabé Fron*

➤ **ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ D'UN DISPOSITIF D'ANCRAGE POUR LA FIXATION DU LIGAMENT SACRO-ÉPINEUX : UNE ÉTUDE PILOTE CAS-TÉMOINS**

*Charlotte Delacroix, Nikolaos Evangelopoulos, Syad Abdirahman, Renaud De Tayrac*

➤ **EFFICACITÉ DE LA NEUROSTIMULATION TIBIALE POSTÉRIEURE DANS L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE DE L'ENFANT**

*Nada Kyal, Hasnaa Boutalja, Mouad Yazidi, Fatima Lmidmani, Abdellatif El Fatimi*

➤ **ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES FEMMES SOUFFRANT D'INCONTINENCE URINAIRE**

*Daaa El Mahil, Jihad El Achkoura, Papa Ndiouga Lo, Hasnaa Boutalja, Nada Kyal, Fatima Lmidmani, Abdellatif Elfatimi*

➤ **ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE SEXUELLE CHEZ LES FEMMES PORTEUSES DE DOUBLE ARTHROPLASTIE DE LA HANCHE**

*Mouad Yazidi, Abdelhakim Kabil, Rime Dades, Hasnaa Boutalja, Nada Kyal, Fatima Lmidmani, Abdellatif El Fatimi*

➤ **LES FREINS À LA PRISE EN CHARGE GÉNITO-SEXUELLE ET PROCRÉATIVE DES PATIENTS BLESSÉS MÉDULLAIRES TRAUMATIQUES À LA MARTINIQUE - ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DESCRIPTIVE DE 2012 À 2022**

*Manuella Marcelin*

➤ **INCONTINENCE ANALE POST-PARTUM CHEZ LES FEMMES PRÉSENTANT OU NON DES LÉSIONS OBSTÉTRICALES DU SPHINCTER ANALAL**

*Hasnaa Boutalja, Nada Kyal, Hakim Bourra, Fatima Lmidmani, Abdellatif El Fatimi*

**JEUDI 13 JUIN**  
**COMMUNICATIONS**  
**LIBRES**  
**MEDICALES**

17H00 – 18H30

**PROGRAMME D'ÉDUCATION A LA SANTE PELVI-PERINEALE FEMININE : ELABORATION D'UN CONSENSUS VIA LA METHODE DELPHI**

**Julie DEPARIS**

## › INTRODUCTION

La prévalence des Troubles Pelvi-Périnéaux (TPP) est élevée, mais leur prévention est peu développée. Plusieurs études ont souligné un manque de connaissances et un besoin d'information exprimé par les femmes. Les TPP sont insuffisamment pris en charge malgré l'existence de thérapeutiques efficaces. Le manque de connaissances et les nombreuses idées reçues sont les principaux freins à la recherche de soins. De nombreux facteurs de risque des TPP sont liés au mode de vie, offrant ainsi des opportunités d'intervention par le biais de l'éducation à la santé pour réduire leur incidence et leurs impacts. Plusieurs études ont démontré l'efficacité de cette éducation pour réduire les symptômes et améliorer la qualité de vie des personnes déjà affectées par ces troubles. Aucun programme éducatif standardisé en santé pelvi-périnéale n'existe actuellement. Cette étude vise à obtenir un consensus d'experts sur le contenu et le format d'un tel programme par la méthode Delphi.

## › MÉTHODOLOGIE

Une étude Delphi en deux tours a été menée, impliquant des experts multidisciplinaires francophones en pelvi-périnéologie (gynécologues, sages-femmes, kinésithérapeutes, médecins généralistes, urologues, gastro-entérologues, chirurgiens digestifs et infirmières en pratique avancée). Le questionnaire du premier tour comportait 31 items sur le contenu du programme et 13 items sur le format du programme. Les items ont été formulés de manière affirmative pour susciter des commentaires et des argumentations de la part des experts. Les participants ont évalué leur niveau d'adhésion à chaque item sur une échelle de Likert de 1 à 9. Le consensus était défini par un niveau d'accord  $\geq 80\%$  et une médiane  $\geq 7$ . Les items non consensuels ont été retravaillés et soumis à nouveau aux experts lors du deuxième tour.

## › RÉSULTATS

Sur les 110 experts contactés, 52 ont répondu au premier tour et aucun n'a été perdu de vue pour le deuxième tour. 61% des items proposés ont fait consensus au premier tour. Les autres items ont été retravaillés suite aux commentaires avant d'être soumis à nouveau aux experts. Au second tour, 60% des items ont fait consensus. Le programme final se compose de 31 items, dont 8 portants sur l'anatomie, 4 sur la biomécanique, 8 sur la physiologie urinaire et défécatoire, 8 sur les facteurs de risque et 3 sur les supports pédagogiques. Le format retenu par les experts était composé de 4 à 5 sessions d'éducation à la santé de 75 minutes, avec remise d'un support papier récapitulatif à la fin du programme.

## › CONCLUSION

Cette étude a permis de définir le contenu d'un programme d'éducation en santé pelvi-périnéale validé par un consensus d'experts. Ce programme constitue un outil pratique, applicable et utile pour les professionnels de santé travaillant dans le domaine de la pelvi-périnéologie

**JEUDI 13 JUIN**  
**COMMUNICATIONS**  
**LIBRES**  
**MEDICALES**  
17H00 – 18H30

## **BENEFICE DE L'AJOUT D'UN TRAITEMENT ANTICHOLINERGIQUE CHEZ LES PATIENTS AVEC SCLEROSE EN PLAQUES EN PERTE D'EFFICACITE DE LA TOXINE BOTULIQUE INTRA DETRUSORIEENNE**

**Adrien HAEGEL**

### **> OBJECTIF**

L'objectif était d'évaluer, en vie réelle, l'efficacité de l'ajout d'un traitement anticholinergique (ACh) en cas de perte d'efficacité de la toxine botulique intradétrusorienne sur les symptômes de l'hyperactivité vésicale et sur les paramètres urodynamiques chez les patients atteints de sclérose en plaques (SEP).

### **> MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Tous les dossiers des patients présentant une SEP ayant eu une injection de toxine botulique détrusorienne entre janvier 2023 et décembre 2023 ont été examinés. Les patients ayant une perte ou diminution de l'efficacité de la toxine détrusorienne (recrudescence de l'hyperactivité vésicale, hyperactivité détrusorienne au bilan urodynamique) et ayant reçu une prescription complémentaire de traitement Ach ont été inclus. Les données recueillies étaient les paramètres urodynamiques (capacité vésicale, volume de remplissage de la première hyperactivité détrusorienne (HAD), pression détrusorienne maximale au cours d'une HAD, aire sous la courbe urodynamique), et les paramètres cliniques (persistance de la miction spontanée, nombre d'auto-sondages, nombre de nycturie, présence d'urgenterie, présence d'incontinence sur urgenterie, nombre d'infections urinaires).

### **> RÉSULTATS**

Trente-quatre patients ont été inclus. Les patients étaient pour 58% des femmes avec un âge moyen de  $49 \pm 8,7$  ans. Vingt-sept patients présentaient une HAD avant l'ajout des Ach, vs 11 lors de la réévaluation, sans que la différence ne soit statistiquement significative ( $p=0,37$ ). Le seul changement urodynamique était l'augmentation de la capacité vésicale de  $311 \pm 124$  ml à  $381 \pm 70$  ml ( $p<0,01$ ). Le nombre de patients présentant des urgenteries a diminué de manière significative, passant de 23 à 11 ( $p<0,01$ ). Il n'y a pas eu d'autres changements significatifs sur les paramètres cliniques étudiés.

### **> CONCLUSION**

L'ajout d'un anticholinergique, pour le traitement de l'HAD, chez les patients atteints de sclérose en plaques, en diminution ou perte d'efficacité de la toxine botulique intra détrusorienne permet d'améliorer les urgenteries et la capacité vésicale sans réduction significative du nombre de patients présentant une HAD, sous réserve d'un nombre de patients inclus limité.

**> OBJECTIF**

L'objectif était d'évaluer l'efficacité de la stimulation transcutanée du nerf tibial sur la fonction sexuelle chez les femmes atteintes de sclérose en plaques et si ces effets étaient indépendants de l'efficacité de la stimulation sur les troubles urinaires.

**> MÉTHODE**

Toutes les femmes atteintes de sclérose en plaques ayant réalisé 12 à 24 semaines de neurostimulation du nerf tibial dans le cadre d'une hyperactivité vésicale, et ayant bénéficié d'une évaluation urodynamique avant et après le traitement entre juin 2020 et octobre 2022 ont été incluses rétrospectivement. L'effet de la stimulation du nerf tibial sur les différentes dysfonctions sexuelles primaires a été évalué par le score FSFI (Female Sexual Function Index) réalisé avant et après 12 à 24 semaines d'utilisation du dispositif de stimulation transcutanée. Les autres données recueillies à l'initiation du traitement et lors du suivi étaient le score SEA MS F (Sexual Expectation Assessment in Multiple Sclerosis) pour évaluer les attentes des patientes quant à la prise en charge des troubles sexuels, le score EDSS (Expanded Disability Status Scale), le statut ménopausique, l'existence d'une hyperactivité détrusorienne (sur bilan urodynamique), le score PGI-I (Patient Global Impression Severity and Improvement) pour évaluer la satisfaction du patient quant au traitement. Des analyses en sous-groupes ont été réalisées pour rechercher des facteurs prédictifs d'une amélioration de la fonction sexuelle avec une stimulation du nerf tibial.

**> RÉSULTATS**

Cinquante-huit patientes ont été incluses (âge moyen  $47,4 \pm 11,5$ ). D'après le score FSFI à J0, 38 patientes (65%) avaient une dysfonction sexuelle à l'évaluation initiale. Il n'y a pas eu de différence significative du score FSFI après en moyenne 15 semaines de traitement sur le score total (différence moyenne  $-0,29 \pm 8,58$  ( $p=0,17$ )) ou sur les scores des différents domaines de dysfonction sexuelle. Les différentes analyses en sous-groupes n'ont pas retrouvé de facteur prédictif pour l'amélioration des troubles sexuels (sévérité du handicap avec score EDSS, ménopause, satisfaction du traitement pour l'hyperactivité vésicale).

**> CONCLUSION**

Il n'a pas été montré d'amélioration significative de la fonction sexuelle globale ou dans un domaine spécifique avec la stimulation transcutanée du nerf tibial chez les patientes avec sclérose en plaques ayant utilisé ce traitement pour les symptômes d'hyperactivité vésicale. Une étude spécifique chez les patientes demandeuses d'une prise en charge de la dysfonction sexuelle pourrait venir compléter cette analyse préliminaire.

**JEUDI 13 JUIN**  
**COMMUNICATIONS**  
**LIBRES**  
**MEDICALES**  
17H00 – 18H30

## **SWITCH DE L'ONABOTULINUM TOXIN A VERS L'ABOBOTULINUM TOXIN A DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERACTIVITE DETRUSORIENNE NEUROGENE CHEZ LE PATIENT PORTEUR D'UNE LESION MEDULLAIRE : EVALUATION DE L'EFFICACITE A MOYEN TERME**

**Bénédicte REISS**

### **> OBJECTIF**

Après lésion médullaire supra-sacrée, 70 à 80% des patients vont développer une hyperactivité détrusorienne plus ou moins associée à une dyssynergie vésico-sphinctérienne<sup>1</sup>. Le traitement de l'hyperactivité détrusorienne neurogène (HADN) repose, lorsque cela est possible, sur une inactivation pharmacologique du réservoir, associée à la réalisation d'autosondages intermittents propres<sup>2</sup>. La première ligne de traitement repose sur les anticholinergiques. En cas d'intolérance, ou insuffisance d'efficacité clinique et urodynamique, des injections intradétrusorienne (IID) de toxine botulique peuvent être proposées<sup>2</sup>. Cependant, on observe un phénomène d'échappement secondaire à ce traitement par IID de toxine botulique (près de 30% à 7 ans<sup>3</sup>). Il peut alors être proposé plusieurs stratégies thérapeutiques, à savoir soit une augmentation de dose, soit un changement de toxine, appelé un switch, qui permet à court terme une efficacité chez environ 50% des patients<sup>4-7</sup>.

Le but de notre étude était d'évaluer l'efficacité clinique et urodynamique d'un switch de l'onabotulinum toxin A (Ona-TA) vers l'abobotulinum toxin A (Abo-TA) pour IID dans le traitement de l'hyperactivité détrusorienne neurogène (HADN) chez des patients porteurs d'une lésion médullaire, en échappement à l'Ona-TA. Nous souhaitions aussi évaluer la survie sans entérocystoplastie d'agrandissement après ce switch.

### **> MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Étude monocentrique rétrospective incluant tous les patients porteurs d'une lésion médullaire, ayant débuté des IID d'Ona-TA après 2011 et ayant eu un switch de toxine pour de l'Abo-TA en raison d'un échec thérapeutique.

L'échec était défini par les critères de l'étude DETOX 1<sup>8</sup> (persistance d'une incontinence urinaire, et/ou d'une dysréflexie et/ou de symptômes d'hyperactivité vésicale et/ou d'infections urinaires symptomatiques et/ou d'un des paramètres urodynamiques suivants : Pdet max > 40 cmH2O, volume à la première contraction détrusorienne < 400 ml, compliance < 20 ml/cmH2O) et une durée d'efficacité < 4 mois (étude débutée avant parution de DETOX2<sup>9</sup>).

Les patients étaient initialement injectés par du BOTOX 200U puis 300U, et le switch était réalisé par du Dysport 750U (avant 2022 AMM) puis Dysport 800U après obtention de l'AMM en 2022.

Le critère de jugement principal était l'efficacité clinique et urodynamique du switch par des IID d'Abo-TA aux dernières nouvelles.

Les critères de jugement secondaires étaient l'efficacité initiale, la durée de traitement par Abo-TA, le devenir des patients dont le taux d'entérocystoplastie d'agrandissement aux dernières nouvelles.

## ► RÉSULTATS

Soixante-deux patients ont été inclus entre 2011 et 2023.

Après le switch, 18 patients (28,9 %) ont été initialement répondeurs aux IID d' Abo-TA. Aux dernières nouvelles, avec un délai médian de 17 mois (EI 8,8-29), seulement 9 patients (14,5 %) étaient toujours répondeurs aux IID d'Abo-TA.

La durée médiane de traitement par Abo-TA était de 20 mois (EI 10,5-35,5).

Parmi les 53 patients non répondeurs, 32 patients (51,6 %) ont eu ou sont en attente d'une entérocystoplastie d'agrandissement avec un délai de 18,5 mois (EI 8-27) après le début du traitement par Abo-TA. Vingt et un patients se sont vu proposer une alternative à la chirurgie : 11 patients (17,7 %) étaient toujours sous Abo-TA avec une faible efficacité ; 7 patients (11,3 %) sont repassés sous Ona-TA et 3 patients (4,8 %) ont changé de mode mictionnel (un retour à des mictions réflexes devant des difficultés de sondages, un retour à des mictions volontaires spontanées avec la pose d'une neuromodulation sacrée, un dérivation non continente urinaire de type Bricker du fait d'un échappement de toxine et d'un cancer de vessie).

Le taux de survie sans entérocystoplastie d'agrandissement était de 85,2% à 1 an et de 56,3% à 2 ans.

## ► CONCLUSION

Le switch de toxine botulique A d'Ona-TA vers Abo-TA pour les IID dans la prise en charge d'une hyperactivité détrusorienne neurogène après lésion médullaire n'est efficace à long terme que pour un nombre limité de patients, mais peut permettre de retarder une éventuelle indication chirurgicale. A 2 ans, la moitié des patients avaient été opérés ou étaient en attente d'une chirurgie d'entérocystoplastie d'agrandissement.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 Panicker JN, Fowler CJ, Kessler TM. Lower urinary tract dysfunction in the neurological patient: clinical assessment and management. *Lancet Neurol*. 2015;14(7):720-732.
- 2 Denys P, Chartier-Kastler E, Even A, Joussain C. How to treat neurogenic bladder and sexual dysfunction after spinal cord lesion. *Rev Neurol (Paris)*. 2021;177(5):589-593.
- 3 Joussain C, Popoff M, Phe V, et al. Long-term outcomes and risks factors for failure of intradetrusor onabotulinumtoxin A injections for the treatment of refractory neurogenic detrusor overactivity. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(2):799-806.
- 4 Bottet F, Peyronnet B, Boissier R, et al. Switch to Abobotulinum toxin A may be useful in the treatment of neurogenic detrusor overactivity when intradetrusor injections of Onabotulinum toxin A failed. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(1):291-297.
- 5 Peyronnet B, Roumiguie M, Castel-Lacanal E, et al. Preliminary results of botulinum toxin A switch after first detrusor injection failure as a treatment of neurogenic detrusor overactivity. *Neurourol Urodyn*. 2016;35(2):267-270.
- 6 Peyronnet B, Castel-Lacanal E, Manunta A, et al. Failure of botulinum toxin injection for neurogenic detrusor overactivity: Switch of toxin versus second injection of the same toxin. *Int J Urol*. 2015;22(12):1160-1165.
- 7 Peyronnet B, Castel-Lacanal E, Roumiguie M, et al. Intradetrusor injections of onabotulinum toxin A (Botox(R)) 300 U or 200 U versus abobotulinum toxin A (Dysport(R)) 750 U in the management of neurogenic detrusor overactivity: A case control study. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(3):734-739.
- 8 Peyronnet B, Sanson S, Amarenco G, et al. [Definition of botulinum toxin failure in neurogenic detrusor overactivity: Preliminary results of the DETOX survey]. *Prog Urol*. 2015;25(17):1219-1224.
- 9 Mailho C, Peyronnet B, De Seze M, et al. How to define failure of intradetrusor injections of botulinum toxin A for neurogenic detrusor overactivity. *Neurourol Urodyn*. 2024.

### > INTRODUCTION

Le sphincter urinaire artificiel (SUA) est une option thérapeutique chez les femmes ayant une incontinence urinaire d'effort par insuffisance sphinctérienne<sup>1</sup>. Par le développement de la chirurgie robotique et l'amélioration des résultats peri et post opératoires, le SUA chez la femme montre un gain de popularité dans plusieurs pays. Le sphincter urinaire artificiel AMS-800 est un dispositif en silicone composé de 3 pièces : une manchette placée autour du vol vésical, un ballon régulateur de pression placé dans l'espace de Retzius et une pompe placée dans la grande lèvre. Les patientes doivent presser la pompe pour permettre l'ouverture de la manchette, permettant aux patientes d'uriner avec une faible résistance urétrale. Alors que la manipulation de la pompe est rarement un problème chez les hommes, il semble exister une part plus importante de difficultés chez la femme pour des raisons anatomiques et culturelles<sup>2-3</sup>. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence de ses difficultés de manipulation de la pompe chez les SUA de la femme ainsi que les facteurs de risques et la gestion de ces situations problématiques.

### > MÉTHODES

**Design** : Les données de toutes les femmes ayant eu une implantation d'un sphincter urinaire artificiel par voie robotique dans un seul centre universitaire entre 2014 et mai 2023 ont été collectées de manière rétrospective. Chaque chirurgie est numérotée par ordre chronologique pour définir l'expérience globale du centre.

**Activation du SUA** : Le SUA est activé à 6 semaines post opératoire lors d'une hospitalisation de jour (HDJ). La manipulation de la pompe est enseignée à la patiente. Elles font ensuite plusieurs mictions sous supervision d'une infirmière spécialisée. Le résidu post mictionnel (RPM) est mesuré après chaque miction. La sortie est autorisée si le RPM est < à 100ml et que l'infirmière spécialisée considère que la manipulation de la pompe se fait aisément.

**Critère de jugement principal** : Le critère de jugement principal est représenté par les difficultés de manipulation de la pompe, défini par au moins une autre hospitalisation de jour pour poursuivre l'apprentissage de la manipulation de la pompe du SUA. Les critères de jugements secondaires étaient 1) difficultés initiales de manipulation définies par mention dans un courrier de « difficultés de manipulation » durant l'HDJ initiale. 2) difficultés permanentes définies par la nécessité de désactiver le dispositif définitivement malgré plusieurs HDJ 3) complications des suites des difficultés de manipulation de la pompe 4) difficultés complexes nécessitant une désactivation ou une reprise chirurgicale pour repositionnement de la pompe.

**Analyses statistiques** : Moyennes et déviations sont utilisées pour les variables continues. Médianes et intervalles interquartiles sont utilisés pour les variables qualitatives. La comparaison entre les groupes ont été faites à l'aide d'un test de  $\chi^2$  ou de Fischer pour les variables discrètes, et un test de Mann-Whitney pour les variables continues. Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel JMP v.12.0 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Tous les tests étaient bilatéraux avec  $p < 0.05$  pour définir une différence statistiquement significative.

## ► RÉSULTATS

### **Caractéristiques de la population :**

Parmi les 88 femmes ayant bénéficiées d'un SUA, 20 ont présenté des difficultés initiales de manipulation (22.7%), 16 ont eu des difficultés temporaires nécessitant une réhospitalisation (18.2%) et 4 ont eu des difficultés permanentes avec désactivation définitive du dispositif. (4.5%)

### **Difficultés de manipulation de la pompe :**

Une reprise chirurgicale pour repositionnement a été nécessaire chez 4 patientes. (4.5%) 5 patientes ont eu des complications du fait des difficultés de manipulation(5.7%): toutes étaient des rétentions aiguës d'urines (RAU). Un RAU a entraîné un choc septique sur infection urinaire avec hospitalisation en réanimation. Le nombre médian de réhospitalisation pour apprentissage est de 1 (écart type 1-3). Chez les patientes présentant des difficultés, le temps médian pour résoudre ses difficultés étaient de 3 mois (Ecart type de 2 à 5).

### **Facteurs prédictifs :**

Les 2 seules variables significatives associées aux difficultés temporaires de manipulation étaient une durée opératoire plus longue (183.4 vs 159.1 min,  $p=0.04$ , tableau 1) et l'expérience globale du centre (32 vs 50 ;  $p=0.04$ ). L'âge médian était plus élevé dans le groupe avec difficultés temporaires ( 70 vs 65 ans) ainsi que l'IMC (29 vs 27.7kg/m<sup>2</sup>) mais sans différence statistiquement significative. ( $p=0.08$  et  $p=0.19$ ). La seule variable significativement associée à des difficultés complexes de manipulation étaient l'expérience globale du centre (11 vs 47 ;  $p= 0.00.4$  , tableau 2)

## ► DISCUSSION

Cette étude est la première à évaluer la prévalence des difficultés de manipulation de pompe et décrire les conséquences et la gestion de ces difficultés. La prévalence est plus élevée que nous espérons, la plupart pouvant être résolues rapidement mais certaines ont nécessité une reprise chirurgicale ou une désactivation permanente.

Plusieurs mécanismes pourraient être à l'origine de ces difficultés : troubles cognitifs, dextérité insuffisante, difficultés d'accès aux grandes lèvres (pathologie neurologique, obésité), dysfonction mécanique (présence d'air dans le système avec dépression incomplète de la pompe), problèmes locaux (pathologies vulvaires, mauvaise position de la pompe, hématome)

Les conséquences des difficultés de manipulation est l'autre constat important de cette étude. Ces difficultés peuvent engendrer des complications importantes (choc septique, reprise chirurgicale). Ces résultats pourraient amener à développer un programme d'éducation pour les patients, un suivi plus rapproché après activation afin de prévenir ces complications.

Les facteurs prédictifs sont intéressants pour la sélection des patients. Le temps opératoire peut être le reflet de cas complexe mais est très certainement le reflet de la courbe d'apprentissage. Celle-ci pouvant influencer la sélection des patients et l'éducation délivrée aux patientes.

Les solutions pour parer ces difficultés peuvent être 1) de placer la pompe en position intra abdominale 2) la future utilisation de sphincter électromécanique<sup>4</sup> 3) une meilleure sélection des patients 4) d'affiner l'éducation et les informations délivrées aux patientes.

Le caractère rétrospectif constitue une limite de cette étude. Nous n'avons pas d'outils validés pour évaluer les difficultés de dextérité, les troubles cognitifs et l'accès aux grandes lèvres en post opératoire. D'autres limites sont le caractère monocentrique, le faible effectif, et l'absence de définition universelle de la difficultés de manipulation de la pompe.

## ► CONCLUSION

Les difficultés de manipulations sont courantes chez les femmes bénéficiant d'un sphincter urinaire artificiel. La plupart sont résolues rapidement avec un suivi rapproché et une éducation attentive. Parfois, ces difficultés amènent à des complications graves comme un choc septique ou à une reprise chirurgicale. Une sélection attentive, un suivi rapproché à partir de l'activation et la connaissance de ces problèmes dans la communauté médicale pourraient aider à minimiser les conséquences de ces difficultés. Dans le contexte du futur sphincter électromécanique, des outils validés pour évaluer les patients à risque pourraient aider dans le choix du meilleur traitement disponible.

## RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup>EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan March 2023. ISBN 978-94-92671-19-6.
- <sup>2</sup>Peyronnet B, O'Connor E, Khavari R, Capon G, Manunta A, Allue M, et al. AMS-800 Artificial urinary sphincter in female patients with stress urinary incontinence: A systematic review. *Neurourol Urodyn.* août 2019;38 Suppl 4:S28-41.
- <sup>3</sup>Vayleux B, Rigaud J, Luyckx F, Karam G, Glémain P, Bouchot O, et al. Female urinary incontinence and artificial urinary sphincter: study of efficacy and risk factors for failure and complications. *Eur Urol.* juin 2011;59(6):1048-53.
- <sup>4</sup>Beaugerie A, Mozer P, Poinard F, Cotte J, Denormandie A, Chartier-Kastler E. 259 - FIRST IN MAN IMPLANTATION OF THE NEW ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER UROACTIVE (UROMEMS): PRELIMINARY RESULTS AT 3 MONTHS POST-ACTIVATION FOLLOW-UP OF THE FIRST PATIENT. *Continence.* 1 sept 2023;7:100976.

**JEUDI 13 JUIN**

**COMMUNICATIONS  
LIBRES  
MÉDICALES**

17H00 – 18H30

**CATHETER SUS-PUBIEN A DEMEURE OU DERIVATION  
NON CONTINENTE PAR CONDUIT ILEAL CHEZ LE PATIENT  
NEUROLOGIQUE. ETUDE COUT-CONSEQUENCE SUR 10 ANS**

**Chloé DE BROUCKER**

Le choix du mode mictionnel chez le patient neurologique a des conséquences peu évaluées notamment sur la qualité de vie mais aussi l'impact médico-économique. L'objectif est de comparer d'un point de vue cout conséquence le choix d'une vidange par cathéter suspubien à demeure (KT) ou dérivation non continente de type Bricker (CT) dans une population de sclérose en plaque (SEP) et de blessés médullaires (BM).

Nous avons inclus sur bases SNDS entre 2009 et 2019 à l'échelle nationale tous les patients de plus de 18 ans avec diagnostic de SEP ou BM ayant bénéficié de l'une des deux interventions suivantes : CT ou KT. Ce dernier étant défini par au moins 4 actes de pose/changement espacés de 3 mois maximum. Les changements de bras ont été analysés en intention-de-traiter.

Le critère de jugement principal était la survie globale et le cout direct et indirect de chaque intervention. Les critères secondaires étaient le nombre de réhospitalisation global et spécifique et le cout des réhospitalisations global et spécifique. Des analyses de survie avec models de Cox ont été réalisées.

Au total 1841 CT et 589 KT ont été inclus dans la présente étude. Les KT étaient plus âgés, avec plus d'hommes et de blessés médullaires. La durée moyenne de suivi était similaire dans les deux groupes (CT : 5.3 ans vs KT : 4.8 ans,  $p=0.0001$ ). Les courbes de survies se croisent à 1 an. La survie globale était meilleure dans le groupe KT avant 1 an puis la survie devient meilleure dans le groupe CT après 1 an. Il n'y avait pas de différence en termes de réhospitalisations globales, mais un sur-risque d'infections et maladie lithiasique dans le groupe KT ( $p<0,001$ ) après un an.

D'un point de vue économique, le cout globale et le cout par patient et par an étaient supérieur dans le groupe CT (CT: 47, 293 € vs KT: 34,225 € et 9,444 € vs 7,903 €)

Les CT ont une moins bonne survie à court terme mais meilleure que les KT à long terme. Les KT semblent avoir plus d'hospitalisations pour affection urinaire (infectieuse ou lithiasique) après 1 an. Le cout total d'une dérivation iléale non continente est supérieur à une dérivation par catheter sus pubien.

**> INTRODUCTION**

Pastor et al (2022) proposent de classifier quatre fluides (incontinence urinaire / lubrification vaginale / éjaculation féminine / émissions-fontaines) qui peuvent être expulsés pendant la réponse sexuelle physiologique chez les femmes ou les personnes nées avec des organes sexuels biologiques féminins. Ces écoulements connaissent des origines anatomiques, des mécanismes physiologiques et des volumes différents.

Les émissions-fontaines se définissent comme une émission de liquide durant la phase d'excitation sexuelle chez les femmes, leur volume est très variable (15ml à plusieurs centaines de millilitres). Ce liquide est le plus souvent transparent ou très faiblement teinté de jaune, sans odeur (parfois une faible odeur d'urine), il est stocké dans la vessie et est émis par l'urètre. Ces écoulements apparaissent le plus souvent dans un moment d'intense plaisir sexuel sans être associé à l'orgasme de façon systématique. Ils peuvent se présenter sous deux formes cliniques : des écoulements le long de la vulve et des cuisses, ou des jaillissements à distance de la vulve.

Les premiers écrits traitant des écoulements féminins pendant l'excitation sexuelle remontent à l'antiquité, il y a 4000 ans en Chine. Depuis, ces écoulements ont fait régulièrement l'objet d'observations et de recherches. De Graf sera le premier contemporain à décrire le squirting en 1672, Havelock Ellis évoquera une origine vésicale aux écoulements orgasmiques féminins en 1908, Gräfenberg décrira le rôle de l'urètre dans l'orgasme féminin (G-spot), en parlant d'un liquide clair, transparent qui s'écoule par l'urètre sans fonction lubrifiante. Addiego (1981) met en évidence dans le liquide post orgasmique une forte concentration de PSA. Goldberg (1983), étudie six femmes ayant des émissions liquidiennes par l'urètre au moment de l'orgasme qui comportent de l'urée, de la créatinine, du PAP. Darling (1990) retrouve une prévalence de 39,5% de femmes qui ont déjà eu des écoulements aux abords de la phase orgasmique. Cabello Santa Maria (1997) retrouve la présence de PSA chez 100% des femmes qui squirrent. Casillas et Jannini (2011) retrouvent deux liquides, le premier en provenance de la prostate féminine, fortement concentré en PSA : l'éjaculat féminin. Le second, (57 à 120 millilitres) clair et translucide, fortement concentrés en urée, créatinine et acides uriques : le squirting. Ces liquides peuvent se mélanger au cours de l'acte sexuel. En 2012 l'origine anatomophysiologique du squirting va être définitivement entérinée par Salama et al, confirmée par Inoue et al en 2022. L'échographie et la biochimie confirment que la vessie est le lieu de stockage des émissions-fontaines qui sont émises par l'urètre, dans des quantités variables (15 à 110ml) et souvent accompagné d'éjaculation féminine (PSA dans les recueils).

Jusqu'à 2015, les études sur le squirting se sont concentrées sur l'origine du liquide, son aspect, sa composition, la quantité émise, sa fréquence, où était-il fabriqué, stocké et émis. Les études interrogeant le vécu psycho-émotionnel sont anciennes et ne tenaient pas compte des découvertes contemporaines.

Les notions de ressenti sexuel, que ce soit chez les femmes concernées ou chez leurs partenaires, restaient encore floues avant notre étude. Ce phénomène continue d'avoir une prévalence mal documentée, lié à un vocabulaire non internationalisé.

## › OBJECTIF

L'objectif de l'étude était d'améliorer le niveau de connaissance de ce phénomène sexuel féminin encore tabou en population générale, peu enquêté à grande échelle. L'étude enquêtait de façon détaillée les circonstances d'apparition des écoulements avec des approches quantitatives et qualitatives notamment l'impact du lâcher prise ou de la stimulation du complexe vagino-urétror-clitorido-prostatique (point G), ainsi que les autres modes de stimulations. Elle visait à analyser le profil de femmes qui squirtent et de leurs partenaires par le biais de nombreux indicateurs sexologiques, psychologiques, sociodémographiques et médicaux, en enquêtant l'impact du squirting sur leur vie sexuelle. L'étude évaluait également le vecteur d'information et sa qualité au moment de l'étude, ainsi que les attentes des deux cohortes sur le partage d'informations sur ce sujet précis.

## › MATÉRIEL ET MÉTHODE

### **Design de l'étude**

Il s'agissait d'une enquête transversale observationnelle descriptive internationale dont les données ont été obtenues à partir de deux auto-questionnaires anonymes diffusés sur internet. Les questionnaires ont été élaborés sur la base d'études scientifiques publiées dans la littérature scientifique médicale, psychologique ou sexologique sous révision par des pairs. Ils sont construits à partir de la grille d'analyse fonctionnelle BASCI IDEA qui étudie les différentes dimensions de la personnalité et du comportement humains qui permet d'intégrer les différentes composantes de la sexualité humaine.

### **Participant.e.s**

Étaient incluses dans l'étude toutes les femmes cisgenres ayant eu au cours de leur vie sexuelle, des émissions-fontaines. Les partenaires cisgenres devaient avoir vécu ce moment du squirting avec au moins une femme dans leur vie sexuelle. Toutes ces personnes devaient avoir 18 ans ou plus, une connexion internet pour accéder au lien du questionnaire, une connaissance suffisante des langues française anglaise ou espagnole pour y participer et être acceptée par cette recherche scientifique.

### **Questionnaires**

Le questionnaire à l'attention des femmes qui squirtent comportait 50 questions avec 70 items étudiés. Le questionnaire à l'attention des partenaires comportait 35 questions avec 50 items étudiés. Afin d'internationaliser l'enquête, ils ont été traduits en anglais français espagnol.

La participation à cette étude était libre et sur la base du volontariat, non rémunérée avec la possibilité de refuser ou d'interrompre à tout moment la saisie. L'anonymat des participant.e.s a été garanti lors de la saisie et de l'exploitation des données.

Les questionnaires contenaient des questions quantitatives et qualitatives, obligatoires et facultatives.

## › RÉSULTATS

3160 personnes ont participé à l'étude, dans plus de 80 pays : 1688 femmes qui décrivent le squirting dans leur vie sexuelle et 1247 partenaires qui ont partagé le squirting avec une ou plusieurs partenaires féminines, ce qui constitue la plus grande série mondiale jamais recueillie sur le sujet.

Les deux cohortes sont majoritairement jeunes, monogames avec ou sans vie commune, hétérosexuelles, (24.5% des femmes qui squirtent ont des rapports bisexuels épisodiques).

La majorité de nos participantes déclare avoir une vie sexuelle épanouie, avec des orgasmes réguliers voir systématiques voir des pluriorgasmes. Elles se masturbent régulièrement y compris devant le ou la partenaire.

La première expérience d'émission-fontaine se vit entre 24 ans (médiane) et 27 ans (moyenne).

Aucune variable biomédicale n'explique clairement l'apparition des premiers écoulements : ni la ménopause, la grossesse, l'indice de masse corporelle, la catégorie socio professionnelle, le niveau d'études, l'âge, la situation conjugale, l'orientation sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, la fréquence masturbatoire, l'activité sexuelle, la préexistence ou l'absence d'une éducation sexuelle, etc. n'expliquent ces écoulements.

Le seul élément cité par 99% des participantes comme indispensable à l'apparition des émissions-fontaines est le lâcher prise.

Les émissions-fontaines sont associées fréquemment ou très fréquemment au plaisir sexuel par 55,5% des participantes, et de façon systématique par 33,5% d'entre elles, 18,9% l'associe systématiquement à l'orgasme.

Pour 70% des 3000 participant.e.s., le premier écoulement est apparu alors qu'il n'était pas recherché ni par la participante ni son/sa partenaire.

La première émission-fontaine peut laisser s'exprimer des sentiments négatifs (gêne 15,7%, peur de la réaction du partenaire 10,5%, peur de l'incontinence urinaire 9,8%, honte 7,1%).

Le vécu psycho émotionnelle s'améliore avec le temps. Après le premier épisode, souvent perçu comme une surprise, les femmes cherchent des informations sur le phénomène, et l'amélioration de leurs connaissances les rassure sur la normalité de ces écoulements.

Le niveau d'éducation sexuelle global n'influence pas l'apparition des émissions. En revanche, les femmes vivent mieux les écoulements quand elles connaissent l'existence de ces écoulements avant le premier épisode.

La réaction du/de la partenaire est source d'acceptation, ou inversement de vécu négatif, face à l'expérience d'EmF. Un accueil positif du/de la partenaire au moment du premier écoulement impacte favorablement leur vécu.

Qu'elles déclarent une instabilité vésicale (n=136) ou non (n=1552), les femmes ne contrôlent pas ou très mal les écoulements (27,1% des femmes continentales et 35,3% des femmes incontinentales ne les contrôlent jamais).

Le principal vecteur d'information sur le squirting est internet, les professionnels de santé (5,7% à 6%) ne sont que peu consultés, l'information est jugée satisfaisante (37 à 36,1%) mais incomplète (32,3 à 33,2%), et la majorité de nos deux cohortes étudiées souhaitent de l'information sur le squirting (73,9 à 76,7%).

## ► CONCLUSIONS

Il semble capital de mieux diffuser l'information anatomo-physiologique des émissions-fontaines auprès des professionnels du soin mais également de la population générale demandeuse de savoir, et d'arrêter un vocabulaire international afin de mieux classifier les différents écoulements féminins. Nous avons élaboré plusieurs supports libres de droit, afin de partager les informations liées à notre recherche.

### **Conflits d'intérêt**

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt dans ce projet de recherche.

### **Ethique**

Cette étude a été validée éthiquement via l'IRB n° 00012022-101.

**> OBJECTIF**

La débitmétrie est l'examen de première intention pour étudier la phase de vidange des patients atteints de troubles du bas appareil urinaire. Il est le plus souvent réalisé en consultation, ce qui limite l'interprétabilité du fait de patients ayant une vessie trop ou trop peu remplie, rendus anxieux par le contexte médical ; et l'analyse ne repose que sur une unique miction. Différentes approches ont été développées pour proposer des débitmètres ambulatoires réalisables par le patient dans son quotidien. Certaines versions proposent également de réaliser également un calendrier mictionnel connecté, sensé permettre une meilleure exhaustivité que le calendrier mictionnel papier. Notre objectif était de questionner les patients atteints de troubles mictionnels sur leur avis a priori sur les types de dispositifs qui pouvaient leur être proposés.

**> MATÉRIEL ET MÉTHODE**

La participation à cette enquête était proposée aux patients des deux sexes de plus de 18 ans, présentant des troubles du bas appareil urinaire et vus en consultation d'urologie au CHU de Lille entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 décembre 2022. Un investigateur utilisait une présentation PowerPoint® standardisée pour expliquer les différents types de dispositifs permettant la débitmétrie au domicile. Ceux-ci étaient classés en huit grandes catégories : le calendrier mictionnel papier, le calendrier mictionnel connecté (ex : Uroquest®), les débitmètres « domestiques » à poser sur les toilettes (ex : Minze Homeflow®), connectés ou non connectés, les débitmètres « portables » (Minze Diarypod®), connectés ou non, la sono-débitmétrie (ex : Urosound®), et une technique théorique d'analyse du débit en utilisant l'analyse vidéo du jet à l'aide d'un smartphone (vidéo-débitmétrie). Chaque appareil était ensuite noté de 0 (très négatif) à 5 (très positif) par les patients pour 5 sous-domaines : l'encombrement, la stigmatisation, la facilité d'utilisation, la confidentialité, et l'hygiène. Des analyses en sous-groupes sur le sexe, la nécessité de travailler en présentiel, l'origine neurologique ou non des symptômes, un âge  $\geq 50$  ans, la présence d'une pollakiurie ou d'une incontinence urinaire, ont été réalisées.

**> RÉSULTATS**

77 patients ont participé à l'étude, dont 26 hommes (33,77 %) et 51 femmes (66,23 %). Le score médian le plus élevé a été obtenu par la sono-débitmétrie (23/25) et la vidéo-débitmétrie a obtenu le score médian le plus bas (9/25), ce qui se confirmait dans chacun des sous-domaines. Les femmes préféraient significativement les débitmètres urinaires « domestiques » connectés ou non connectés par rapport aux débitmètres urinaires « portables » ( $p = 0,018$  et  $p = 0,031$ ). Les patients de moins de 50 ans donnaient des scores plus élevés au calendrier mictionnel connecté ( $p = 0,020$ ) et à la sono-débitmétrie ( $p = 0,015$ ) que les patients plus âgés. Les patients travaillant en présentiel donnaient un score plus élevé à la sono-débitmétrie que ceux qui n'avaient pas à se déplacer sur un lieu de travail spécifique ( $p = 0,005$ ).

**> CONCLUSION**

En dehors de la vidéo-débitmétrie, les différents dispositifs de débitmétrie ambulatoires sont bien acceptés par les patients a priori, avec une préférence pour la sono-débitmétrie. Les préférences variaient cependant selon le sexe, l'âge, et la nécessité de travailler en présentiel.

**JEUDI 13 JUIN**  
**COMMUNICATIONS**  
**LIBRES**  
**CHIRURGICALES**  
17H00 – 18H30

## **SEUILS DE DEFORMATION PERINEALE ASSOCIES AU RISQUE DE DECHIRURE PERINEALE LORS DE L'ACCOUCHEMENT : EVALUATION PAR STEREOPHOTOGRAMMETRIE SUR MODELE DE TRUIE EX VIVO**

**Marine LALLEMANT**

### **> INTRODUCTION**

Les déchirures périnéales lors de l'accouchement représentent un défi majeur en obstétrique. La compréhension des mécanismes de déformation périnéale peut contribuer à la prévention de ces lésions. Cette étude visait à évaluer les déformations du périnée en utilisant la stéréophotogrammétrie sur un modèle porcin ex vivo, en simulant le passage du fœtus pendant l'accouchement.

### **> MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Nous avons réalisé une série d'essais de traction de ballon inséré dans le vagin sur un modèle de périnée de truie ex vivo pour simuler l'accouchement. Pour chaque périnée, le ballon était tracté au travers du vagin à une vitesse lente ou rapide (12 ou 36 mm/s) et avec un volume de 20 ou 40 mL, mimant la tête du fœtus. Au cours de ces simulations, les déformations périnéales (maximale, minimale, équivalente, et de cisaillement maximale) étaient enregistrées par stéréophotogrammétrie. Ces variables de déformation ont été comparées selon l'apparition ou non d'une déchirure périnéale. Puis un seuil des variables de déformation à partir duquel une déchirure périnéale pouvait survenir a été identifié à l'aide d'une courbe Receiver Operating Characteristic (ROC).

### **> RÉSULTATS**

Cet essai a été conduit sur 20 périnées de truie ex vivo : 5 essais à 20mL et 36 mm/s, 5 à 40 mL et 36 mm/s, 5 à 20mL et 12 mm/s et 5 à 40 mL et 12 mm/s. La déformation maximale moyenne augmentaient avec l'augmentation du volume et la réduction de la vitesse de traction. Pour un ballon de 20 mL tracté à 36 mm/s, la déformation maximale moyenne était de  $28,3 \pm 8,9$  % contre  $30,9 \pm 12,9$  % pour un ballon de 40 mL tracté à 36 mm/s. Pour un ballon de 20 mL tracté à 12 mm/s, la déformation maximale moyenne était de  $30,4 \pm 12,8$  % contre  $40,4 \pm 15,9$  % pour un ballon de 40 mL tracté à 12 mm/s. La déformation maximale  $\sigma_1$  était statistiquement plus importante en cas de déchirure périnéale (25,7% vs 36,2%  $p=0,03$ ). Le seuil de déformation prédicteur de déchirure périnéale identifié étaient de 36 % pour la déformation maximale ( $\sigma_1$ ), avec une sensibilité de 90% et une spécificité de 100% à ce seuil. La courbe ROC a révélé une aire sous la courbe (AUC) de 0,87, indiquant une bonne capacité du modèle à distinguer les conditions menant à une déchirure périnéale.

### **> CONCLUSION**

Cette étude apporte un éclairage significatif sur les mécanismes biomécaniques des déchirures périnéales, soulignant l'importance des conditions de traction (vitesse et volume) comme facteurs de risque. La stéréophotogrammétrie se révèle être un outil précieux pour modéliser les forces en jeu lors de l'accouchement et pourrait aider à développer des pratiques obstétricales visant à minimiser le risque de déchirures, en ajustant par exemple les techniques d'assistance à l'accouchement pour limiter les déformations périnéales critiques.

### › OBJECTIFS

Le but de l'étude était de décrire les caractéristiques biométriques par échographie et certaines propriétés élastiques du centre tendineux du périnée et du sphincter anal par élastographie lors de la visite prénatale du neuvième mois et d'explorer l'association entre ces mesures et l'apparition d'une déchirure périnéale lors de l'accouchement.

### › MÉTHODES

Une étude observationnelle prospective exploratoire a été menée. Des femmes enceintes ont été incluses entre 36 et 40 semaines d'aménorrhée. La biométrie et la rigidité du centre tendineux du périnée (CTP), du sphincter anal externe (SAE), du sphincter anal interne (SAI) et de la muqueuse anale (MA) ont été mesurées par échographie transpérinéale en mode 2D et par élastographie par ondes de cisaillement (SWE), respectivement au repos et au cours d'une manœuvre de Valsalva en position gynécologique. L'association entre ces données et la survenue d'une déchirure périnéale lors de l'accouchement a été étudiée.

### › RÉSULTATS

Seize femmes ont été incluses dans l'étude. Parmi elles, 10 (62,5%) ont eu une déchirure périnéale. Il s'agissait dans tous les cas de déchirures périnéales du premier degré. Les femmes ayant eu une déchirure périnéale avaient statistiquement une surface de CTP plus élevée au repos ( $0,9 \pm 0,1 \text{ cm}^2$  contre  $0,7 \pm 0,1 \text{ cm}^2$ ,  $p=0,03$ ), un SAE plus épais à 9 heures au repos ( $0,6 \pm 0,2 \text{ cm}$  contre  $0,4 \pm 0,1 \text{ cm}$ ,  $p=0,03$ ), un diamètre antéro-postérieur plus petit ( $1,7 \pm 0,2 \text{ cm}$  vs  $2 \pm 0,2 \text{ cm}$ ,  $p=0,047$ ), un diamètre latéro-latéral plus petit ( $1,4 \pm 0,2 \text{ cm}$  vs  $1,6 \pm 0,1 \text{ cm}$ ,  $p=0,05$ ) et un SAI plus fin en moyenne au repos ( $0,2 \pm 0,0 \text{ cm}$  vs  $0,3 \pm 0,0 \text{ cm}$ ,  $p=0,007$ ). Les modules d'élasticité du CTP, du SAE, du SAI et de la MA au 9ème mois de grossesse avaient tendance à être plus élevés chez les femmes présentant une déchirure périnéale à l'accouchement.

### › CONCLUSION

L'évaluation in vivo de la biométrie par échographie transpérinéale et de la rigidité évaluée par élastographie SWE du centre tendineux du périnée et du sphincter anal au 9ème mois de grossesse chez les femmes est faisable. La biométrie et la rigidité du centre tendineux du périnée et du sphincter anal pourraient influencer les déchirures périnéales lors de l'accouchement. Enregistrement de l'étude : L'étude a été enregistrée sur (NCT05556304).

### > INTRODUCTION

L'objectif de cette étude est d'évaluer et de comparer les complications sévères ainsi que la récurrence postopératoire entre les patientes ayant été opérées d'un colpoctéisis et celles ayant bénéficié d'une sacrospinofixation pour le traitement d'un prolapsus génital, en s'appuyant sur les données du registre VIGI-MESH.

### > MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une analyse ancillaire du registre prospectif et multicentrique VIGI-MESH a été menée concernant les chirurgies autologues des prolapsus génitaux entre mai 2017 et novembre 2022. Les patientes ayant été opérées d'un colpoctéisis ont été appariées aux patientes ayant bénéficié d'une sacrospinofixation selon un ratio 1:2 sur les facteurs de confusion suivants : indice de masse corporelle ( $IMC \pm 3kg/m^2$ ), score American Society of Anesthesiologists (ASA, même chiffre) et sur l'antécédent de chirurgie de prolapsus génital (oui/non). Le suivi a été poursuivi jusqu'en mars 2023. Les complications sérieuses ( $\geq$  grade III de la classification de Clavien Dindo) et les reprises chirurgicales pour récurrence associées au colpoctéisis et à la sacrospinofixation ont été comparées à l'aide du t-tests et du test du  $\chi^2$ . L'analyse de survie sans récurrence et sans complication sévère a été effectuée en générant des courbes de Kaplan-Meier et en appliquant le test du log-rank pour comparer les 2 groupes.

### > RÉSULTATS

Au total, 312 patientes ont incluses et appariées : 104 dans le groupe colpoctéisis et 208 dans le groupe sacrospinofixation. Dans le groupe sacrospinofixation, 42 patientes (20,2%) ont eu une fixation bilatérale et 161 (73%) des patientes ont eu une sacrospinofixation antérieure. Les patientes ayant été opérées d'un colpoctéisis étaient plus âgées (82 ans vs 76 ans,  $p<0.01$ ) et moins susceptibles d'être sexuellement actives (1,0% vs 26,0%,  $p<0.01$ ). La durée opératoire était significativement plus courte dans le groupe colpoctéisis (66 min vs 82 min,  $p<0.01$ ). La récurrence de prolapsus nécessitant une réopération était statistiquement similaire entre les 2 groupes (2,9% pour colpoctéisis vs 4,3% pour la sacrospinofixation, HR = 0,6 IC95% [0,2 ; 2,3],  $p=0,5$ ). Le taux de complications sévères étaient légèrement plus élevé dans le groupe colpoctéisis et proche de la significativité (2,9% vs 0,5%, HR=6,0 IC95% [0,6 ; 57,9],  $p=0,08$ ). Le durée moyenne jusqu'à la reprise chirurgicale pour récurrence de prolapsus génital était statistiquement plus long dans le groupe colpoctéisis (1155 jours vs 972 jours,  $p<0,01$ ).

### > CONCLUSION

Cette étude issue du registre VIGI-MESH semble montrer l'efficacité du colpoctéisis et de la sacrospinofixation dans le traitement du prolapsus génital, en assurant une comparabilité des groupes grâce à un appariement sur le score ASA, l'IMC et l'antécédent de chirurgie de prolapsus génital. Malgré une durée opératoire plus courte et un délai plus long avant une reprise chirurgicale pour récurrence de prolapsus dans le groupe colpoctéisis, il a été noté une tendance non significative vers un risque légèrement plus élevé de complications sévères dans le groupe colpoctéisis par rapport à la sacrospinofixation.

**> OBJECTIFS**

L'objectif de cette étude était d'évaluer la biométrie du centre tendineux du périnée et du sphincter anal par l'échographie et leur rigidité par élastographie pendant le travail et d'évaluer leur association avec les déchirures périnéales.

**> MÉTHODES**

Une étude prospective exploratoire a été menée auprès de femmes enceintes dans une maternité de niveau III entre janvier 2023 et août 2023. En début de travail (<5 cm de dilatation cervicale) et à l'initiation des efforts expulsifs, les biométries et la rigidité du centre tendineux du périnée (CTP), du sphincter anal externe (SAE), du sphincter anal interne (SAI) et de la muqueuse anale (MA) ont été mesurées par échographie transpérinéale en mode 2D et d'une élastographie par ondes de cisaillement (SWE), respectivement, au repos et pendant une manœuvre de Valsalva en position gynécologique. L'association entre ces données et la survenue d'une déchirure périnéale pendant l'accouchement a été étudiée.

**> RÉSULTATS**

Les données de dix femmes étaient disponibles. Parmi les 10 femmes ayant accouché par voie basse, 6 (60,0%) déchirures périnéales se sont produites. Il s'agissait dans tous les cas de déchirures périnéales du premier degré. Avant les efforts expulsifs, la surface du CTP au repos et en coupe sagittale était statistiquement plus élevée chez les femmes présentant des déchirures périnéales ( $1,0 \pm 0,1 \text{ cm}^2$  vs  $0,3 \pm 0,1 \text{ cm}^2$ ,  $p < 0,01$ ). La longueur, la hauteur et la surface du CTP semblaient diminuer entre le début du travail et le début des efforts expulsifs. Le module élastique du CTP au repos au début du travail ou avant les efforts expulsifs était de  $11,9 \pm 3,6 \text{ kPa}$  et de  $25,7 \pm 18,9 \text{ kPa}$ , respectivement. Le module élastique du CTP au repos et au début du travail ( $11,3 \pm 4,1$  vs  $12,9 \pm 2,9 \text{ kPa}$ ,  $p = 0,6$ ) ou avant les efforts expulsifs ( $18,0 \pm 15,9$  vs  $37,4 \pm 18,6 \text{ kPa}$ ,  $p = 0,1$ ) tendait à être plus élevé chez les femmes présentant une déchirure périnéale à l'accouchement, mais cela n'était pas statistiquement significatif.

**> CONCLUSION**

L'évaluation in vivo de la biométrie et de la rigidité du CTP et du sphincter anal pendant le travail chez les femmes est faisable. La mesure de la surface du CTP pendant le travail pourrait être un facteur prédictif des déchirures périnéales. Un lien entre la rigidité du CTP et le risque de déchirures périnéales doit être étudié dans des études ultérieures.

### > INTRODUCTION

La radiofréquence (RF) non ablatrice est une thérapie innovante utilisée depuis les années 2000. Elle est basée sur l'émission d'ondes électromagnétiques à très haute fréquence qui appliquées sur la peau créent un échauffement du tissu sous cutané (40-50°C). Cette chaleur dans l'hypoderme va stimuler la production de fibroblastes ce qui va améliorer la fermeté et la tonicité de la peau, tout en respectant l'épiderme et permettre une régénération tissulaire avec restauration de la lubrification<sup>1</sup>. De nouvelles études récentes ont été publiées et démontrent l'efficacité sur la laxité vaginale et la sécurité de cette technique<sup>4,5</sup>. La laxité vaginale est améliorée dès un mois après la fin du traitement jusqu'à 12 mois après<sup>6</sup>. L'étude internationale VIVEVE I a montré une amélioration significative de la laxité vaginale cotée à l'aide du score VLQ ce qui impacte positivement la fonction sexuelle des femmes<sup>7,8</sup>. En revanche, peu d'études ont étudié l'efficacité de la radiofréquence concernant les vulvodynies, dyspareunie et sécheresse vaginale. Ces dernières, sont des plaintes fréquentes pour lesquelles les options thérapeutiques sont limitées.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité et les effets indésirables d'un dispositif de radiofréquence monopolaire non ablatif par voie vulvo-vaginale, sur les dyspareunies (spontanées ou secondaires) et la sécheresse vaginale.

### > MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, non contrôlée réalisée entre janvier 2020 et juin 2022 au CHU de Bicêtre. Toutes les patientes ayant bénéficié de radiofréquence vulvo-vaginale ont été incluses consécutivement. Le traitement par radiofréquence consistait en 3 à 6 séances de radiofréquence toutes les 2 à 4 semaines sur une durée de 3 mois. Les deux types de traitements qui étaient réalisés étaient : vaginal et vulvo-vaginal à l'aide de trois types de sondes différentes. Une sonde vaginale modèle « standard » V01 et une sonde vaginale modèle « béance » V04 spécifique pour l'application intra-vaginale chez les patientes atteintes de laxité vaginale ainsi qu'une sonde de surface V03 pour le traitement localisé des lésions périnéales et vulvaires. Les sondes vaginales étaient constituées d'une électrode entourant complètement la sonde à 360°. Un gel conducteur était appliqué sur les sondes et associé à la mise en place d'une plaque dans le dos de la patiente. Les objectifs de température étaient de 42 à 48° pour une puissance de 8 à 12 watts pour les sondes vaginales et de 42 à 45° avec une puissance de 2,5 à 4 watts pour les sondes de surface. Toutes les patientes se voyaient proposer une consultation avec une psychologue spécialisée en sexologie au sein de la maternité au décours des séances. Deux évaluations ont été réalisées : l'une avant et l'autre à 1 mois de la fin du traitement. Les effets secondaires et l'efficacité étaient analysés à l'aide de questionnaires de symptômes et de qualité de vie : le score Urinary Symptom Profile (USP) décrivant les symptômes urinaires en rapport avec les urgences, l'incontinence urinaire d'effort et la dysurie. Le LeVLQ, évaluant les symptômes liés à la laxité vaginale, L'ICIQ-VS recensant les symptômes vaginaux type laxité vaginale, douleur, sécheresse vaginale, manœuvre digitale et Le Medical Outcome Study Short Form 12 (SF-12), score d'évaluation de la qualité de vie<sup>10</sup>.

Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne ou médiane. Les variables qualitatives ont été présentées sous formes d'effectifs et de pourcentage. Tous les tests étaient bilatéraux et une valeur  $p < 0,05$  était considérée comme statistiquement significative. Les données manquantes n'ont pas été remplacées. Le test de Wilcoxon pour échantillons appariés a été utilisé pour les échantillons dépendants et les différences significatives ont été analysées ( $p < 0,005$ ).

## ► RÉSULTATS

Sur les 25 patientes incluses, 18 questionnaires ont pu être analysés. Les plaintes étaient majoritairement : dyspareunies (52%), sécheresse vulvo-vaginale (32%) et douleurs de cicatrice vulvo-vaginale (28%). En complément de la radiofréquence 67% des patientes utilisaient des traitements locaux : lubrifiant 50%, anesthésique 25%, acide hyaluronique 75%, hormonal 25%. Sur la totalité des patientes 10, n'ont pas souhaité voir la psychologue spécialisée en sexologie et 13 ont poursuivi les séances de sexologie avec elle.

Au total 67% des patientes ont reçu un traitement complet avec le nombre de séances qui étaient prévues initialement. Le type de traitement utilisé était de la radiofréquence vaginale seule dans 67% des cas et vulvo-vaginale dans 33% des cas.

Nous avons étudié dans un premier temps la sécurité du traitement et ses effets indésirables. Sur la totalité de nos patientes 9 d'entre elles ont décrit des effets pendant le traitement et 5 après ce dernier. Le principal effet indésirable était l'inconfort pendant la séance (20%), le seul effet durable était l'augmentation des pertes vaginales pendant trois à quatre jours sans autre symptômes associés (5%). Aucune brûlure ni cicatrice n'a été reporté. Aucun effet indésirable grave n'a été signalé.

Dans un second temps nous nous sommes intéressés à l'efficacité du traitement. Notre étude a mis en évidence une amélioration significative des symptômes vaginaux ( $p=0,006$ ) et de la vie sexuelle ( $p=0,014$ ) après RF, grâce au comparatif avant/après des scores du questionnaires ICIQ-VS remplis par les patientes. Bien que les symptômes urinaires n'étaient pas au premier plan dans les plaintes des patientes, ils étaient fréquemment associés aux dyspareunies, vulvodynies ou encore sécheresses vaginales. En les analysant à l'aide du questionnaire UPS, notre étude retrouvait une amélioration significative de l'incontinence urinaire lié à l'effort ( $p=0,036$ ) ou par hyperactivité vésicale ( $p=0,021$ ). Des améliorations significatives de la santé physique ( $p=0,037$ ) et non significative de la santé mentale ( $p=0,05$ ) ont été constatées après RF. La laxité vaginale a été améliorée de manière non significative.

## ► CONCLUSION

La RF vulvo-vaginale est bien tolérée et paraît être efficace sur les symptômes uro-gynécologiques (douleurs, sécheresse, IUE) avec un impact positif sur la QdV cependant il s'agit d'une étude de petits effectifs et rétrospective. À la suite de cette étude préliminaire, un parcours patient de type HDJ Vulve a été mis en place comprenant une consultation avec un gynécologue, des séances de radiofréquence avec une infirmière spécialisée et une consultation de sexologie avec une psychologue dédié afin de proposer une prise en charge globale adaptée à ces patientes en errance thérapeutique et d'envisager une étude prospective de plus grande envergure sur le sujet.

## BIBLIOGRAPHIE

- <sup>1</sup>Photiou L, Lin MJ, Dubin DP, Lenskaya V, Khorasani H. Review of non-invasive vulvovaginal rejuvenation. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* avr 2020;34(4):716-26.
- <sup>2</sup>Lachowsky M, Nappi RE. The effects of oestrogen on urogenital health. *Maturitas.* juin 2009;63(2):149-51.
- <sup>3</sup>Am EF. Genitourinary syndrome of menopause. 2017;
- <sup>4</sup>Campos MLP, Bianchi-Ferraro AMHM, De Oliveira CD, Nogueira MCC, Sartori MGF, Fusco I, et al. Fractional CO2 Laser, Radiofrequency and Topical Estrogen for Treating Genitourinary Syndrome of Menopause: A Pilot Study Evaluating the Vulvar Vestibule. *Medicina (Mex).* 30 déc 2023;60(1):80.
- <sup>5</sup>Nappi RE, Martella S, Tiranini L, Cucinella L, Palacios S. Efficacy and safety of a device that combines multipolar radiofrequency with pulsed electromagnetic field for the treatment of vulvovaginal atrophy: a randomized, sham-controlled trial. *J Sex Med.* 29 janv 2024; qdad166.
- <sup>6</sup>Fu L, Long S, Li Q, Xu H, Guo L, Wang H, et al. The efficacy and safety of temperature controlled dual-mode radiofrequency in women with vaginal laxity. *BMC Womens Health.* 23 mars 2023;23(1):121.
- <sup>7</sup>Krychman M, Rowan CG, Allan BB, DeRogatis L, Durbin S, Yacoubian A, et al. Effect of Single-Treatment, Surface-Cooled Radiofrequency Therapy on Vaginal Laxity and Female Sexual Function: The VIVEVE I Randomized Controlled Trial. *J Sex Med.* 1 févr 2017;14(2):215-25.
- <sup>8</sup>Krychman M, Rowan CG, Allan BB, Durbin S, Yacoubian A, Wilkerson D. Effect of Single-Session, Cryogen-Cooled Monopolar Radiofrequency Therapy on Sexual Function in Women with Vaginal Laxity: The VIVEVE I Trial. *J. Womens Health* 2002. mars 2018;27(3):297-304.
- <sup>9</sup>Pereira GMV, Juliato CRT, De Almeida CM, De Andrade KC, Fante JF, Martinho N, et al. Effect of radiofrequency and pelvic floor muscle training in the treatment of women with vaginal laxity: A study protocol. *Blasco JM, éditeur. PLOS ONE.* 9 nov 2021;16(11):e0259650.
- <sup>10</sup>Baudelot-Berrogain N, Roquejoffre S, Gamé X, Mallet R, Mouzin M, Bertrand N, et al. Validation linguistique du "Brief Index of Sexual Functioning for Women". Application à l'étude de la sexualité dans une population de 93 femmes françaises. *Prog En Urol.* 2006;

› **OBJECTIF**

L'incontinence urinaire d'effort (IUE) est une complication bien connue après prostatectomie radicale (PR), avec des impacts économiques et de qualité de vie majeurs.

L'implantation de ballonnets périurétraux est une option chirurgicale mini-invasive permettant des résultats satisfaisants chez les hommes avec une incontinence légère à modérée.

Les objectifs de ce travail étaient de décrire une technique sûre et reproductible d'implantation de ballonnets Pro-ACT utilisant un double guidage par cystoscope souple en rétrovision et fluoroscopie, et rapporter les résultats fonctionnels et complications à long terme chez ces patients. Nous avons aussi souhaité identifier des facteurs prédictifs d'échec ou complications.

› **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective réalisée entre 2007 et 2021, incluant tous les hommes implantés de ballonnets périurétraux Pro-ACT pour IUE après PR, utilisant la technique de cystoscopie souple en rétrovision.

La sévérité de l'incontinence était caractérisée par le nombre de protections journalières utilisées : légère pour 1 à 2 protections, modérée pour 3 à 5 protections, et sévère pour  $\geq 6$  protections et/ou utilisation d'un étui pénien.

L'implantation était réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale (rachianesthésie). Des incisions périnéales étaient réalisées de manière bilatérale, permettant l'insertion des trocarts (Figure 1).

Le positionnement des ballonnets était assuré en utilisant un double guidage en temps réel par fluoroscopie et cystoscopie souple en rétrovision en direction du col vésical, assurant une vue en 3D et facilitant le placement dans les plans frontal, transversal et sagittal (Figure 2).

Une fois idéalement positionnés de chaque côté du col vésical, à 3h et 9h, les ballonnets étaient gonflés à l'aide de 0,6mL d'un mélange radio-opaque isotonique.

Les ports d'injection étaient placés dans le scrotum en position sous-cutanée, permettant les ajustements débutés après 6 semaines post-opératoires.

L'efficacité a été caractérisée en utilisant un critère de jugement composite comprenant un critère subjectif (impression d'amélioration du patient (IAP), sur une échelle numérique de 0 à 100) et un critère objectif (diminution du nombre de protections journalières).

Le succès était défini par une IAP  $\geq 80\%$  et le port de 0 à 1 protection quotidienne. L'amélioration était définie par une IAP  $\geq 50\%$  et une diminution  $\geq 50\%$  du nombre de protections quotidiennes.

› **RÉSULTATS**

208 patients d'âge médian de 68 ans ont été inclus dans l'étude. Dix-sept pourcent (n=36) avaient un antécédent de radiothérapie, et 23% (n=47) ont un antécédent de chirurgie d'incontinence.

13 patients (6%) ont présenté des complications péri-opératoires (principalement plaies vésicales et rétentions aiguës d'urines postopératoires).

Le suivi médian était de 59 (20-102) mois.

L'équilibre de continence était acquis avec une moyenne de 6 ajustements (0-18), et un remplissage de 5ml en moyenne (0,6-11,8).

Quarante pourcents des patients (n=83) ont présenté au moins une complication, le plus souvent une déflation du matériel (26,5%, n=55), migration (10%, n=21), érosion (7,7%, n=16) ou infection (5,3%, n=11).

L'explantation définitive a été nécessaire chez 34,8% des patients (n=72), avec une implantation secondaire d'un SUA chez 95% d'entre eux (n=68). Le taux de succès après implantation de SUA était de 76% (n=52).

Dans la population globale, les taux de succès à 6 mois, 1 an, 2 ans et 5 ans étaient de 56,3 ; 53,8 ; 49 ; 31%, respectivement.

Dans la population ballons en place (n=136), les taux de succès à 6 mois, 1 an, 2 ans et 5 ans étaient de 70,6 ; 65,4 ; 60,3 ; 41,9%, respectivement.

Après exclusion des patients avec radiothérapie, une incontinence modérée et sévère étaient significativement associées à un taux de succès moindre comparativement aux patients présentant une incontinence légère (33% et 30% contre 61%,  $p < 0,01$ ).

Chez les patients porteurs d'un étui pénien, le taux de succès était significativement inférieur comparativement aux autres patients (9% vs 46%,  $p < 0,01$ ). A noter qu'il était retrouvé chez ces patients significativement plus de tabagiques, d'antécédents de radiothérapie et de chirurgie antérieure d'IUE.

Les patients tabagiques présentaient significativement plus de complications ( $\geq 1$  complication chez 50% vs 35%,  $p < 0,04$ ), et notamment plus d'érosions et d'infections (14% vs 4%  $p = 0,03$  et 1% vs 0,2%  $p = 0,047$ , respectivement).

Chez les patients traités par radiothérapie, le taux de succès était significativement inférieur (14% vs 48%,  $p < 0,001$ ), et le taux de survie sans ablation était significativement inférieur ( $p < 0,001$ , Figure 3). On retrouvait également plus d'érosions (19% vs 5%,  $p < 0,01$ ) ainsi que plus d'explantation définitive (64% vs 24%,  $p < 0,0001$ ) chez ces patients, bien que moins de déflations (8% vs 30%,  $p < 0,01$ ).

Les patients aux antécédents de chirurgie d'incontinence présentaient un taux significativement plus élevé d'infections (13% vs 3%,  $p < 0,03$ ).

L'IAP était significativement inférieure chez les patients porteurs d'étuis péniens ( $p < 0,0001$ ), chez les patients aux antécédents de radiothérapie et de chirurgie de l'IUE.

## > CONCLUSION

Les ballonnets périurétraux ProACT permettent des résultats de continence satisfaisant chez les patients avec IUE après PR à long terme, malgré un taux non négligeable de complications.

A notre connaissance, notre série sur 14 ans est la première à rapporter des résultats à très long terme d'implantation de ballonnets ProACT utilisant la technique de double monitoring par cystoscopie souple en rétrovision et fluoroscopie.

La présence d'une IUE modérée ou sévère, ou un antécédent de radiothérapie, étaient significativement associées à un taux de succès plus faible et à plus de complications dans notre série.

› **OBJECTIF**

Depuis l'interdiction des prothèses trans-vaginales pour cure de prolapsus par la FDA en 2019, nos autorités ont progressivement règlementé les usages des matériaux prothétiques en pelvi-périnéologie. La décision de poser une bandelette sous-urétrale ou un implant de renfort pour la cure de prolapsus, ainsi que la gestion des prolapsus génitaux complexes et des complications graves post-implantation doivent faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire et d'une décision médicale partagée. Pour répondre à ces réglementations, des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) se sont mises en place. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact de ces réunions sur la prise en charge des patientes.

› **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Nous avons réalisé une étude rétrospective dans un CHU français sur l'ensemble des dossiers présentés en RCP de Pelvi-Perinéologie sur l'année 2022.

Les RCP étaient hebdomadaires avec une « RCP Prothèse » orientée bandelettes, promontofixation et complications prothétiques dirigée par l'équipe d'urologie et une « RCP Statique » orientée statique pelvienne et prolapsus complexes dirigée par l'équipe de gynécologie.

Nous avons comparé la proposition initiale du médecin référent et la proposition finale de la RCP.

› **RÉSULTATS**

375 dossiers ont été présentés dans notre centre en 2022 : 188 en RCP Prothèse et 187 en RCP Statique.

La RCP Prothèse et Statique était en accord avec la proposition initiale dans 83% et 64% des cas respectivement, tandis qu'une remise en question de la stratégie thérapeutique a eu lieu dans 12% et 36% des cas respectivement.

› **CONCLUSION**

Pour près d'un quart (24%) des patientes, le RCP de Pelvi-Périnéologie a opté pour une prise en charge différente de celle proposée par le médecin référent.

La présentation des dossiers en RCP est une obligation légale dans des indications précises.

Elle joue aussi un rôle pédagogique et permet le partage des décisions et des responsabilités, ce qui est un atout en chirurgie fonctionnelle.

**JEUDI 13 JUIN**  
**COMMUNICATIONS**  
**LIBRES**  
**CHIRURGICALES**  
17H00 – 18H30

## **IMPLANTATION DU SPHINCTER URINAIRE ARTIFICIEL CHEZ LA FEMME PAR VOIE COELIOSCOPIQUE ROBOT-ASSISTEE AVEC DISSECTION POSTERIEURE DU COL VESICAL ET CONTROLE CYSTOSCOPIQUE PER-OPERATOIRE : RESULTATS A MOYEN TERME**

**Ines JARROSSAY**

### **> OBJECTIF**

L'implantation du sphincter urinaire artificiel (SUA) est une option de recours dans la prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) par insuffisance sphinctérienne (IS) de la femme. Son implantation par voie robot-assistée a été récemment décrite, et les résultats préliminaires de 2 techniques (voie antérieure ou postérieure) ont été rapportés notamment en France<sup>1-4</sup>. Cette technique reste encore difficile, notamment concernant la dissection du col vésical. Les résultats à long terme sont encore limités.

L'objectif de notre travail était de rapporter les résultats fonctionnels et complications à moyen terme de notre technique modifiée d'implantation du SUA par voie coelioscopique robot-assistée avec abord postérieur du col vésical et contrôle cystoscopique per-opérateur.

### **> MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Nous avons revu les dossiers des patientes opérées d'une primo-implantation de SUA robot-assistée entre 2017 et 2024.

Toutes les chirurgies ont été réalisées avec le robot Da Vinci Xi<sup>®</sup>, par abord transpéritonéal et par dissection postérieure du col vésical, afin d'éviter le temps de dissection « à l'aveugle » du plan cervico-vaginal en cas d'abord antérieur. La dissection était d'abord menée par voie postérieure, en intervésico-vaginal, à l'aide d'une valve vaginale, comme pour une chirurgie de promontofixation antérieure. Lorsque la dissection était menée suffisamment bas, sous le trigone, une dissection latérale était initiée. L'étape suivante consistait à ouvrir l'espace de Retzius en avant, et à mener la dissection jusqu'au fascia endopelvien à droite et à gauche. Il ne persistait alors qu'un plan fin entre la dissection antérieure et postérieure. A l'aide de la pince Maryland ou Cadière, un passage était réalisé d'arrière en avant à gauche puis à droite afin de positionner le mesureur autour du col vésical. C'est lors de cette étape qu'un contrôle cystoscopique per-opérateur était systématiquement réalisé afin de vérifier le bon niveau de dissection (sous trigonal, au niveau du col) et de vérifier l'absence de plaie vésicale ou cervicale lors du passage d'arrière en avant. Cette endoscopie était réalisée avec un cystoscope 70°, et le monitoring était permis par l'affichage simultané de l'endoscopie et de la coelioscopie dans la console opérateur. Un toucher vaginal était également systématiquement réalisé pour ne pas méconnaître une plaie vaginale.

Les données péri-opératoires, per-opératoires et les résultats fonctionnels et complications à moyen-terme ont été rapportés. Les résultats fonctionnels ont été évalués par le nombre de protections par jour, le pourcentage d'amélioration ressentie et le PGI-I. La continence était définie par le port de 0 à 1 protection de « sécurité » par jour.

## › RÉSULTATS

49 patientes d'âge médian 69 ans (IQR : 61,5-75) ont été opérées durant la période d'étude. Environ 90% des patientes avaient un antécédent de chirurgie pelvienne.

Toutes les patientes présentaient une insuffisance sphinctérienne clinique. La PCUM médiane était de 21 cm H2O (16-29).

La durée opératoire médiane était de 240 min (210-296), 2 conversions en voie ouverte ont été nécessaires (6%) : 1 pour adhérence et fibrose pelvienne importante et 1 pour mauvaise tolérance respiratoire du pneumopéritoine.

16 complications per-opératoires ont été rapportées : 6 plaie vaginale (12%), 4 plaies du col vésical (8%) dont une menant à la non implantation du SUA, 2 plaies urétrales (4%) et 4 plaies vésicales (8%) à distance de la manchette. La taille médiane de la manchette implantée était de 8 cm (7-8). Entre nos deux périodes d'étude 2020-2024 et 2017-2019, on a observé une nette diminution des plaies vaginales (1 VS 5).

Sur les 47 patientes implantées, la durée d'hospitalisation médiane était de 3 jours (2-5), 6 patientes (13%) ont eu recours à des auto-sondages intermittents propres en post-opératoire, 5 de façon temporaire, 1 de façon permanente.

Avec un suivi médian de 23 mois (12-38), 40 patientes (85%) ont leur SUA initial en place : 5 SUA (11%) ont été retirés pour érosion et/ou infection (toutes à moins d'un an de la chirurgie et 4/5 implantées avant 2020). Deux (4%) ont été révisées à 9 et 28 mois, 1 pour panne mécanique et 1 pour mise en place d'une manchette plus petite.

Parmi les patientes avec un SUA en place au dernier suivi et un suivi > 3 mois (n=39), 34 patientes (87%) étaient continentes. L'amélioration ressentie était supérieure ou égale à 80% pour 25 patientes, un score PGI-I à 1 était rapporté pour 77% des patientes.

## › CONCLUSION

Nous rapportons ici notre expérience de l'implantation robot-assistée de SUA chez la femme avec abord postérieur du col vésical et contrôle cystoscopique. Cette étude renforce nos impressions depuis 2017 concernant la sécurité de la procédure et les résultats fonctionnels à moyen terme.

Des résultats à plus long terme et des études comparatives semblent nécessaires pour évaluer sa place par rapport aux autres techniques d'implantation

<sup>1</sup>Fournier G, Callerot P, Thoulouzan M, Valeri A, Perrouin-Verbe MA. Robotic-assisted laparoscopic implantation of artificial urinary sphincter in women with intrinsic sphincter deficiency incontinence: initial results. *Urology*. 2014;84(5):1094-1098.

<sup>2</sup>Peyronnet B, Capon G, Belas O, et al. Robot-assisted AMS-800 Artificial Urinary Sphincter Bladder Neck Implantation in Female Patients with Stress Urinary Incontinence. *Eur Urol*. 2019;75(1):169-175.

<sup>3</sup>Gondran-Tellier B, Boissier R, Baboudjian M, et al. Robot-assisted implantation of an artificial urinary sphincter, the AMS-800, via a posterior approach to the bladder neck in women with intrinsic sphincter deficiency. *BJU Int*. 2019;124(6):1077-1080.

<sup>4</sup>Broudeur L, Loubersac T, Le Normand L, et al. New technique of robot-assisted laparoscopic artificial urinary sphincter implantation in female by a posterior approach with intraoperative cystoscopic monitoring. *World J Urol*. 2021;39(11):4221-4226.

### › INTRODUCTION

L'anastomose iléo-anale (AIA) est l'intervention de référence pour les patients atteints de rectocolite hémorragique et de polypose adénomateuse familiale. L'intervention, souvent réalisée chez des patients jeunes, associe colectomie totale, proctectomie, et une anastomose iléo-anale en confectionnant un réservoir iléal. Les résultats fonctionnels sont variables, mais la fréquence des exonérations est de 6 /8 le jour et 1/2 la nuit. Il existe souvent des troubles de continence associés. Les traitements freinateurs du transit améliorent le résultat, mais de façon limitée et la qualité de vie des patients est souvent altérée. La neuromodulation des racines sacrées (NMS) est un traitement de l'incontinence anale idiopathique et modifie le fonctionnement anorectal. Son efficacité dans l'AIA a été peu explorée.

### › OBJECTIF

L'objectif de notre étude a été d'évaluer les résultats de la NMS chez des patients présentant des troubles fonctionnels anorectaux après AIA et comparer ces résultats à un groupe de patients appariés pris en charge pour incontinence idiopathique.

### › MÉTHODE

Le protocole de NMS a comporté une phase test de 3 semaines puis Le générateur était ensuite implanté en cas de succès du test (diminution d'au moins 50% des troubles anorectaux). Les données des patients opérés d'une AIA avec des troubles fonctionnels invalidants ont été recueillies de manière prospective dans une base de données déclarée. Le calendrier des selles, le score de Wexner et le Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQOL) ont été colligés avant le test puis à 6 mois et annuellement. Les patients du groupe AIA ont ensuite été comparés à des patients issus de la même base de données, appariés sur l'âge, le sexe et le score de Wexner pré-test, traités par NMS pour incontinence idiopathique (groupe contrôle).

### › RÉSULTATS

Entre 2007 et 2021, 14 patients ont été testés. Douze (85%) patients ont été implantés après un test positif. Les données à un an après le test étaient disponibles chez 10 (71%) patients. Après un suivi moyen de 68 [22-192] mois, il existait une diminution significative du nombre de fuites (29 vs 2 ; p=0,01) et du score de Wexner (15 vs 10,8 ; p=0,01) ainsi qu'une amélioration significative du score de qualité de vie FIQOL (1,853 vs 2,515 ; p=0,01). Les patients du groupe AIA présentaient une évolution comparable au groupe contrôle tant pour le score de Wexner à 6 mois (10,55 vs 8,3 ; p=0,26), 1 an (11,2 vs 8,05 ; p=0,15) et 2 ans (12 vs 9,77 ; p=0,32) que pour les scores de qualité de vie FIQOL à 6 mois (2,58 vs 2,94 ; p=0,2), 1 an (2,56 vs 2,87 ; p=0,25) et 2 ans (2,35 vs 2,84 ; p=0,17).

### › CONCLUSION

La NMS est un traitement efficace chez les patients présentant des troubles fonctionnels anorectaux après AIA. Ce traitement permet une diminution significative du nombre de fuites, une amélioration du score de Wexner et de la qualité de vie. L'efficacité semble identique à celle retrouvée chez les patients pris en charge pour incontinence anale idiopathique. Les indications pourraient donc être élargies aux patients ayant des mauvais résultats fonctionnels après AIA.

**VENDREDI 14 JUIN**  
**SEVEN UP**  
10H45-12H00

## **COMPLICATIONS A MOYEN TERME DES REPARATIONS PRIMAIRES DES LESIONS OBSTETRIQUES DU SPHINCTER ANAL OBSTETRICAL EN FRANCE**

**Marine LALLEMANT**

### **> INTRODUCTION**

L'incidence des complications des lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) lors des accouchements vaginaux est mal définie. Elles sont uniquement étudiées dans des maternités de niveau III, de petites cohortes, dans des pays à faible revenu ou ne concernent que les complications de tous les stades de déchirure périnéale. L'objectif de notre étude était de décrire les complications après réparation primaire des LOSA dans toutes les maternités françaises à court et moyen terme et d'évaluer leurs facteurs de risque.

### **> MÉTHODE**

Nous avons mené une étude de cohorte historique en utilisant la base de données nationale française du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) de janvier 2013 à décembre 2021. Toutes les femmes ayant eu une réparation primaire de LOSA lors de leur l'accouchement ont été incluses et suivies virtuellement pendant 2 ans. Ensuite, nous avons recherché les complications de LOSA comprenant les infections de cicatrice périnéale avec ou sans reprise chirurgicale, les désunions périnéales, les réparations secondaires périnéales, les fistules recto-vaginales réparées ou non, la sphincteroplastie, le sphincter anal artificiel, la neurostimulation sacrée et les colostomies. Enfin, nous avons évalué les facteurs de risque de complications de LOSA prises en charge chirurgicalement ou non et les facteurs de risque de reprises chirurgicales de complications de LOSA.

### **> RÉSULTATS**

Parmi les 61833 femmes incluses, 2015 (2,8 %) ont eu une complication de LOSA reprise chirurgicalement ou non et 842 (1,16 %) patientes ont eu une reprise chirurgicale de complication de LOSA. Au cours du suivi de 2 ans, 0,6 % (n=463), 0,3 % (n=240), 0,2 % (n=176), 0,1 % (n=84), 0,06 % (n=43) et 0,01 % (n=5) des patientes ont eu une reprise chirurgicale de complication de LOSA telle qu'une réparation périnéale, une cure de fistule recto-vaginale, une sphinctéroplastie, une chirurgie d'infection périnéale, une colostomie et une neurostimulation sacrée, respectivement. Un seul cas de sphincter anal artificiel a été noté. Les accouchements instrumentaux (OR=1,56 IC95% [1,29 ; 1,9]), les hôpitaux privés à but lucratif (OR=1,42 [1,11 ; 1,82]), l'obésité (OR=1,36 [1 ; 1,84]), les LOSA de stade IV (OR=2,98 [2,4 ; 3,72]), la désunion périnéale (OR=2,8 [1,4 ; 5,48]), les âges entre 25 et 29 ans (OR=1,59 [1,17 ; 2,18]) et 30 et 34 ans (OR=1,57 [1,14 ; 2,16]) étaient des facteurs de risque de reprises chirurgicales de complications de LOSA.

### **> CONCLUSION**

L'âge maternel, les LOSA de stade IV, l'obésité, les accouchements instrumentaux et les hôpitaux privés à but lucratif semblaient prédire les complications de LOSA. Comprendre les facteurs associés aux complications de LOSA pourrait être bénéfique pour la patiente afin de l'informer et d'orienter le suivi de la patiente pour prévenir les complications, les reprises chirurgicales et la détresse maternelle.

**VENDREDI 14 JUIN**

**SEVEN UP**

**10H45-12H00**

## **NOUVEAU SPHINCTER URINAIRE ARTIFICIEL UROACTIVE : RESULTATS DE LA PREMIERE ETUDE D'IMPLANTATION CHEZ L'HOMME A 6 MOIS APRES ACTIVATION (ETUDE SOPHIA)**

**Emmanuel CHARTIER-KASTLER**

### **> HYPOTHÈSE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

Le sphincter artificiel urinaire est aujourd'hui le traitement standard de l'incontinence urinaire sévère chez l'homme. Le plus utilisé est le sphincter AMS800™ (Boston Scientific, USA). Ce dispositif est une prothèse hydraulique passive dont l'occlusion et la pression d'occlusion sont transmis par un ballon de régulation de pression (BRP). Le BRP le plus utilisé de façon consensuelle a une pression garantie entre 61 et 70 cm au moment de l'activation et ne peut pas être ajustée après l'implantation. L'efficacité clinique de cette prothèse a été bien établie chez l'homme et la femme, cependant il y a un certain taux de révisions et d'explantations tout au long du suivi. Le sphincter UroActive™ de chez UroMems (Grenoble, France) est une prothèse active implantable. Cela consiste en une manchette occlusive connectée à une unité de contrôle. L'unité de contrôle incorpore un réservoir, une pompe, une batterie et les composants électroniques qui permettent la commande de la pompe et la communication extérieure sans fil. La manchette est placée autour de l'urètre bulbaire par une incision périnéale et l'unité de contrôle est placée dans la partie droite de l'abdomen, au-dessus de l'aponévrose dans la région cutanée. Au total, il n'y a pas de chirurgie intra abdominale. Le patient peut uriner et contrôler le niveau de la pression en utilisant une télécommande dédiée. Les niveaux de pression sont pré-programmés à la fois à un niveau de base qui s'applique pendant la journée et à un niveau basse pression que le patient a la possibilité d'appliquer quand il est couché. Ces niveaux de pression peuvent être personnalisés à tout moment par le médecin en consultation.

En complément, la prothèse a des fonctions automatiques, dont une fonction de sécurité appelée UroTimer qui désactive automatiquement le dispositif si le patient n'a pas réalisé de miction pendant une certaine durée (12h par exemple), afin de mettre le patient à l'abri du risque de rétention. Enfin, des données de pression et d'utilisation du dispositif sont enregistrées par l'unité de contrôle et peuvent être téléchargées par le médecin via le programmeur.

Le but de l'étude a été d'évaluer la sécurité et l'efficacité de ce nouveau sphincter artificiel urinaire UroActive™ à 6 mois après activation. Il faut noter que UroActive™ n'est ni marqué CE ni approuvé par la FDA.

### **> MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Il s'agit d'une étude prospective ouverte multicentrique en un seul bras qui a été conçue pour évaluer la sécurité et l'efficacité d'UroActive® chez 6 patients.

Après implantation et cicatrisation, la prothèse est activée à 5 semaines. Des visites de suivi sont planifiées à J14, M1, M3 et M6 après activation pour évaluer le niveau de continence et ajuster les paramètres en fonction du retour patient. Les données cliniques primaires qui sont évaluées sont le taux d'explantation et de révision à 6 mois après activation de la prothèse et le taux de succès d'activation. Les objectifs secondaires cliniques comprennent :

Le nombre de sujets qui ont atteint plus de 50 % de réduction de l'incontinence au pad test de 24h à 3 et 6 mois après activation

Le nombre de patients qui ont plus de 75 % de réduction de l'incontinence à 3 et 6 mois après activation. L'évolution des questionnaires de qualité de vie incluant ICIQ-UI SF, ICIQ-MLUTS, ICIQ-MLUTSsex, ED-5D3L, I-QOL et USP entre la visite d'inclusion et 3 mois ou 6 mois après activation.

Le taux d'effets indésirables, liés ou non au dispositif.

Nous rapportons les résultats de l'étude à 6 mois après activation de la prothèse.

## ► RÉSULTATS

L'étude a commencé en septembre 2022. Les patients avaient un âge médian de 71 ans (IQR 66 à 73 ans) et un IMC médian de 25,3 kg/m<sup>2</sup> (IQR 24,5 à 26,4). Deux patients avaient une histoire médicale de diabète. Tous ont eu une déficience sphinctérienne après prostatectomie totale. Un patient a un antécédent de chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort ancienne. Aucun patient n'a eu de radiothérapie.

Le délai médian entre la survenue de l'incontinence et le début de la prise en charge de l'évaluation pour l'étude a été de 4,5 ans (IQR 2-7).

De base, la pression de clôture maximale médiane était de 34 cm d'eau (IQR 24-38) et le résultat des tests d'incontinence de 24h ont montré une perte d'urine médiane de 465 g (IQR 99 à 1039 g). Les prothèses ont été implantées et activées avec succès. Le temps opératoire médian a été de 64 minutes (IQR 61 à 69 minutes). Cinq patients sont restés hospitalisés une nuit en post-opératoire et le dernier patient a été implanté en ambulatoire (6h de séjour).

A 6 mois après activation, toutes les prothèses étaient toujours activées et actives. Tous les patients avaient une réduction de 50% du test d'incontinence de 24h, 5/6 ont atteint la réduction de plus de 75%. La médiane de réduction du test d'incontinence sur 24h était de 82%.

Le débit maximal médian était de 36 ml/s avec des intervalles de 25 à 41, sans résidu post-mictionnel. Les scores médian de qualité de vie comparés à la Baseline sont rapportés dans le tableau ci dessous.

Median (IQR)	Baseline	6 mois	Wilcoxon signed rank-Test
ICIQ-UI SF	21,0 (21,0 – 21,0)	13,0 (7,0 – 14,0)	p = 0,014
ICIQ-MLUTS	14,0 (12,0 – 21,0)	5,5 (4,0 – 9,0)	p = 0,031
ICIQ-MLUTSsex	9,0 (8,0 – 9,0)	8,0 (6,0 – 9,0)	p > 0,05

En analysant les données qui proviennent de l'unité de contrôle, on peut constater que les patients ont réalisé 8,1 mictions par jour (médiane) et qu'ils ont passés 7h /jour (médiane) avec une pression basse dans le dispositif. La pression médiane estimée dans la prothèse pendant les 6 mois a été de 50 cm d'eau avec des intervalles de 43 à 54. Les données préliminaires de sécurité ont retrouvé 2 effets secondaires graves, un lié à la prothèse avec une dysurie postopératoire qui a duré 24h, l'autre qui n'est pas liée à la prothèse (une syncope).

La fonction de sécurité UroTimer™ permettant de désactiver le dispositif si le patient ne va pas uriner après un certain délai s'est déclenchée 4 fois : à 3 reprises parce que le délai programmé a été trop court et une fois suite à une hospitalisation d'un patient pour malaise, qui n'était pas lié à la prothèse.

Toutes les prothèses ont été réactivées avec succès après mise en route de cette sécurité.

## ► INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

L'étude SOPHIA a montré que le sphincter artificiel urinaire UroActive™ pouvait être implanté de façon aisée, activé en postopératoire et ajusté lors des visites du suivi en fonction du retour patient. De plus, les données ont démontré que le traitement de l'incontinence d'effort a été efficace avec un taux de complication très bas.

## ► CONCLUSION

UroActive™ a montré son efficacité et sa sécurité pour traiter l'incontinence masculine avec un suivi de 6 mois. Les résultats de l'étude SOPHIA permettent d'avoir des données préliminaires justifiant que le sphincter artificiel UroActive™ soit une alternative prometteuse pour le traitement futur de l'incontinence urinaire masculine. Une étude multicentrique et internationale pivot va être mise en route.

**VENDREDI 14 JUIN**

**SEVEN UP**

10H45-12H00

## **MODIFICATIONS STRUCTURELLES ET FONCTIONNELLES DE LA BARRIERE UROTHELIALE APRES LESION MEDULLAIRE : ETUDE DE L'IMPLICATION DES MEDIEATEURS LIPIDIQUES A PARTIR D'UN MODELE MURIN ET APPLICATION A L'HOMME**

**Caroline CHAPELLE**

### **> OBJECTIF**

Chaque année, on observe 250 à 500 000 nouveaux cas de blessés médullaires (BM) dans le monde<sup>1</sup>. La prise en charge des dysfonctions d'organes pelviens est jugée prioritaire chez les patients BM. Dans le cas des troubles vésico-sphinctériens, près de 80% des patients BM présentent une hyperactivité détrusorienne (HAD)<sup>2</sup>. Ses traitements ciblent principalement le détrusor et le sous-urothélium mais peu de recherches ont étudié l'urothélium et son remodelage après lésion médullaire (LM). Néanmoins, plusieurs études récentes<sup>3,4</sup> et données préliminaires de notre équipe dans un modèle murin BM ont mis en évidence l'existence d'un remodelage morphologique et transcriptionnel de l'urothélium pouvant correspondre à un processus régénératif incomplet, associé à une atteinte de la fonction de barrière urothéliale et dans lequel la voie des médiateurs lipidiques dérivés de l'acide arachidonique (notamment voie des prostaglandines) pourrait être impliquée, notamment par le biais d'un déficit en PGE<sup>2</sup><sup>5</sup>. Ce remodelage n'a cependant jamais été étudié chez l'homme BM. De plus, l'implication de la PGE<sup>2</sup> dans le remodelage urothélial après lésion médullaire reste inconnue. Dans ce contexte, ce travail avait pour objectif : 1) de mettre en évidence chez l'homme BM l'existence d'un remodelage urothélial (morphologique et fonctionnel) et 2) de déterminer l'impact de la PGE<sup>2</sup> sur le remodelage urothélial observé chez l'homme et l'animal.

### **> MATÉRIELS ET MÉTHODES**

Concernant l'étude chez l'Homme, nous avons mis en place une bio-collection d'échantillons de muqueuse disséquées à partir de pièces de cystectomie de vessie neurologique (BM et sclérose en plaque (SEP)), et de « contrôles » (tissus sains péri-tumoraux). Ces échantillons ont été caractérisés morphologiquement en utilisant pour la première fois la tomographie par Cohérence Optique en Plein Champ (FFOCT). Des études ex vivo de perméabilité paracellulaire et transcellulaire ont été réalisées en chambres de Ussing. Enfin, l'expression de gènes de différenciation (CK20, UPK2) des cellules parapluies, d'inflammation (TNF $\alpha$ , NRF2, IL6, IL1b, IL17), de jonctions serrées (ZO1, CLDN1, CLDN3) et d'enzymes impliquées dans la synthèse des dérivés de l'acide arachidonique (COX1, COX2, PTGES, PTGDS1, PTDGS2) a été analysée par RT-qPCR. En parallèle, un modèle d'instillations endovésicales a été développé dans un modèle murin BM et l'impact de l'administration de PGE<sup>2</sup> sur les paramètres fonctionnels et transcriptomiques décrits précédemment chez l'homme a été étudié.

## ► RÉSULTATS

En analyse morphologique par FFOCT chez l'homme BM (n=5), nous avons observé une augmentation de la densité de petites cellules ( $p = 0,0381$ ) associée à diminution de la proportion de grandes cellules urothéliales ( $p < 0,0001$ ) par rapport aux contrôles (n=6). Ce remodelage morphologique était associé à une diminution de l'expression en ARNm de CK20, marqueur de différenciation des cellules parapluies. Ceci pourrait correspondre à un processus régénératif incomplet des cellules urothéliales notamment les plus superficielles. Ce remodelage morphologique était associé à un impact sur la fonction urothéliale avec diminution de la perméabilité transcellulaire ( $p = 0,0317$ ). Il n'a pas été observé de modification d'expression des gènes impliqués dans les jonctions serrées. Ces observations étaient associées à une augmentation de l'expression de TNF $\alpha$ , sans modification des autres gènes étudiés, et une diminution de PTGES impliquées dans la synthèse de PGE2.

Enfin, ces variations observées semblaient être spécifiques des patients BM, puisqu'elles n'étaient pas observées dans les échantillons de patients SEP. Dans le modèle préclinique de BM, nous avons montré que les injections intravésicales de PGE2 ne modifiaient pas les paramètres fonctionnels et transcriptomiques induits par la lésion médullaire et que les effets du solvant utilisé étaient identiques à ceux de PGE2.

## ► CONCLUSION

Nos travaux ont permis d'identifier un remodelage fonctionnel, morphologique et transcriptomique de l'urothélium chez les patients BM dont les causes et conséquences sur la physiopathologie vésicale restent à identifier. Ce remodelage n'ayant pas été observé chez les patients atteints de SEP, il pourrait être spécifique de la lésion médullaire. Ces altérations sont semblables à celles retrouvées dans des travaux antérieurs du laboratoire dans le modèle animal, faisant de ce dernier un modèle d'intérêt pour mieux comprendre les mécanismes impliqués et tester des médiateurs thérapeutiques d'intérêt, visant à restaurer la fonction urothéliale et à en définir l'impact sur les troubles urinaires observés chez les BM. Enfin, l'absence d'effet des instillations de PGE2 sur le remodelage urothélial dans le modèle murin BM, reste à confirmer en modifiant les concentrations du solvant et/ou la période d'administration de PGE2 au cours des processus physiopathologiques (administration plus précoce).

<sup>1</sup> Lukersmith S. International Perspectives on Spinal Cord Injury. 2013.

<sup>2</sup> Corcos J G, Karsenty G. Textbook of the Neurogenic Bladder. Third Edition. CRC Press. 2015.

<sup>3</sup> Apodaca G, Kiss S, Ruiz W, Meyers S, Zeidel M, Birder L. Disruption of bladder epithelium barrier function after spinal cord injury. Am J Physiol Renal Physiol. mai 2003;284(5):F966-976.

<sup>4</sup> Kullmann FA, Clayton DR, Ruiz WG, Wolf-Johnston A, Gauthier C, Kanai A, et al. Urothelial proliferation and regeneration after spinal cord injury. Am J Physiol Renal Physiol. 1 juill 2017;313(1):F85-102.

<sup>5</sup> Rastogi P, Rickard A, Dorokhov N, Klumpp DJ, McHowat J. LOSS OF PROSTAGLANDIN E2 RELEASE FROM IMMORTALIZED UROTHELIAL CELLS OBTAINED FROM INTERSTITIAL CYSTITIS PATIENT BLADDERS. Am J Physiol Renal Physiol. mai 2008;294(5):F1129-35.

**VENDREDI 14 JUIN**

**SEVEN UP**

10H45-12H00

## **FACTEURS PREDICTIFS D'IMPLANTATION ET DE REPONSE A LONG TERME DE LA NEUROMODULATION DES RACINES SACREES DANS L'HYPERACTIVITE VESICALE IDIOPATHIQUE REFRACTAIRE**

**Marie-Aimée PERROUIN VERBE**

### **> OBJECTIF**

L'objectif de ce travail était d'identifier des facteurs prédictifs d'implantation et de succès à moyen terme de la neuromodulation des racines sacrées (NMS) dans l'hyperactivité vésicale idiopathique (HAVI) réfractaire, en lien avec les paramètres cliniques et urodynamiques pré-opératoires.

A ce jour, il n'existe pas d'outil permettant de prédire, pour un patient donné, le taux de succès de la phase de test et le succès à long terme de la NMS dans l'HAVI.

### **> MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Etude rétrospective menée dans deux centres hospitalo-universitaires français. Tous les patients ayant bénéficié d'un test de NMS entre 2005 et 2021 pour HAVI réfractaire avec ou sans implantation définitive et disposant au minimum de données urodynamiques préopératoires, étaient éligibles.

L'objectif principal de notre étude était d'identifier des facteurs prédictifs de succès de la NMS (phase de test et post implantation) dans l'HAVI réfractaire, à la fois cliniques et urodynamiques, afin de personnaliser l'offre de soin.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact de la NMS sur les paramètres urodynamiques per test.

Le succès était défini par l'amélioration d'au moins 50% d'un des paramètres du calendrier mictionnel, associé à au moins 50% d'amélioration subjective.

### **> RÉSULTATS**

Au total, 191 patients d'âge moyen 58,5 ( $\pm$  16,5) ans ont été inclus, dont 163 femmes (85,3%). Le taux d'implantation définitive était de 68,6% (n=131). En pré-opératoire, 115 (60,5%) des patients présentaient une hyperactivité détrusorienne (HAD). Les patients ayant présenté un succès de la phase de test étaient plus jeunes de façon significative au moment de l'intervention (58.5 [45;69] vs 68 [55;75] ; p = 0,0429). Il n'a pas été retrouvé d'autre facteur prédictifs d'implantation.

Parmi les patients implantés, les patients présentant toujours un succès de la thérapie à 24 mois présentaient une pression détrusorienne au cours de la contraction non inhibée (Pdet max CNI) plus faible (59,5 [41.5;76.5] vs 70 [58;93] cmH2O ; p = 0,0452).

Les autres facteurs prédictifs de succès à 24 mois étaient : le sexe féminin (p = 0.0256), l'absence d'antécédent de chirurgie d'incontinence urinaire (p = 0,0106), une pression de clôture urétrale maximale (PCUM) < 58 cmH2O (p = 0,0375), un volume infusé à la 1ère CNI < 170mL (p=0.0334), et une capacité cystomanométrique (CCM) > 254mL (p = 0,0336). L'identification de facteurs prédictifs de succès nous a permis la création d'un outil prédictif de succès à 24 mois de la NMS.

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pjEBSxIbJSeJi5o2XBTA0LC4M3Rx4qPSWhBvaMhe8/edit?usp=sharing>

Le volume infusé au B1 et la CCM étaient significativement augmentés lors de la phase de test : 190 [129;246] mL vs 150 [90;210] mL ; p = 0,0019 et 280 [180;370] mL vs 230 [150;320] 123,5mL ; p = 0,0051 respectivement. Chez les patients présentant une HAD en pré-opératoire, le volume infusé à la 1<sup>ère</sup> CNI était significativement augmenté lors de la phase de test : 172 [125;260] mL vs 150 [96;200] mL ; p = 0,0023.

### **> CONCLUSION**

L'âge semble être un facteur prédictif d'implantation de la NMS. La Pdet max, le sexe, l'antécédent de chirurgie d'incontinence, la PCUM, la CCM et le volume infusé à la 1ère CNI semblent être des facteurs prédictifs d'efficacité de la NMS sur le long terme.

La NMS semble modifier les paramètres urodynamiques lors de la phase de test, notamment les paramètres « sensitifs ».

**VENDREDI 14 JUIN**  
**SEVEN UP**  
10H45-12H00

## **EFFICACITE DE LA NEUROMODULATION SACREE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERACTIVITE VESICALE NEUROGENE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE SCLEROSE EN PLAQUES**

**Benjamin CAROLUS**

### **> OBJECTIF**

Évaluer l'efficacité de la neuromodulation sacrée (NMS) dans le traitement de l'hyperactivité vésicale (HAV) neurogène chez les patients atteints de sclérose en plaques (SEP).

### **> MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Cette étude multicentrique rétrospective a été menée dans quatre centres hospitaliers universitaires français (Lille, Rennes, Nantes et Bordeaux). Tous les patients atteints de SEP ayant bénéficié d'un test de NMS pour traiter une HAV entre 2013 et 2023 ont été considérés comme éligibles. Le critère de jugement principal était l'efficacité clinique, correspondant à l'implantation définitive du dispositif, c'est-à-dire à une amélioration d'au moins 50% d'un ou plusieurs paramètres du calendrier mictionnel. Les critères de jugements secondaires comprenaient l'auto-évaluation de l'efficacité à l'aide de l'échelle PGI-I (Patient Global Impression of Improvement), les paramètres du calendrier mictionnel au début et à la fin de la phase de test, et le maintien de l'efficacité dans les 3 ans suivant l'implantation de la NMS, à l'aide de l'échelle PGI-I.

### **> RÉSULTATS**

Au total, 33 patients ont été inclus, dont 82% (27) de femmes. L'EDSS (Expandable Disability Status Scale) médian au moment de la phase de test était de 4,0 [2,5 ; 3,5]. La plupart des patients (66,7 %) urinaient par mictions spontanées, 30,3 % pratiquaient les autosondages propres intermittents (ASPI) et un (3,0 %) bénéficiait d'hétérosondages. Le dispositif a été implanté définitivement chez 29 patients (87,9 %). Sur l'échelle PGI-I, un score  $\geq 2$  (correspondant à «considérablement amélioré» ou «beaucoup amélioré») a été rapporté par 23 (69,7 %) patients à la fin de la phase de test. Le nombre médian de mictions spontanées et/ou ASPI a diminué de manière significative entre le début (9,00 [7,00 ; 12,0]) et la fin de la phase de test (7,00 [6,00 ; 8,00] ;  $p < 0,001$ ). De même, le nombre médian de mictions et/ou ASPI nocturnes a diminué de manière significative, passant de 2,50 [1,00 ; 3,75] à 1,00 [0 ; 2,00] ( $p < 0,01$ ). En outre, les urgenturies diurnes ont diminué de manière significative (97 % contre 54 % ;  $p < 0,01$ ), de même que la présence d'incontinence urinaire (82 % contre 18 %,  $p < 0,001$ ) entre le début et la fin de la phase de test. 14 patients ont été suivis 3 ans après l'implantation de la NMS, dont 2 (14,3 %) ont été considérés comme perdus de vue. Parmi les 12 patients restants, 7 (58,3 %) ont conservé un score de  $\geq 2$  sur l'échelle PGI-I.

### **> CONCLUSION**

Chez patients atteints de SEP présentant une HAV, la NMS semble présenter une efficacité clinique comparable à celle observée dans la population non-neurologique, malgré une perte d'efficacité à moyen terme.

**VENDREDI 14 JUIN**

**SEVEN UP**

10H45-12H00

## **COMPARAISON DE LA SPECTROSCOPIE D'IMPEDANCE ELECTRIQUE ET DE LA MANOMETRIE ANORECTALE ASSISTEES PAR L'APPRENTISSAGE AUTOMATIQUE DANS LA DETECTION DES LESIONS OBSTETRIQUES DU SPHINCTER ANAL (LOSA) : INFORMATIONS POST-HOC D'UNE ETUDE CLINIQUE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE**

**Renaud DE TAYRAC**

### **> OBJECTIF**

Les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) posent un défi important dans les soins après l'accouchement. Un diagnostic rapide et précis serait crucial pour une prise en charge immédiate. Bien que l'échographie endoanale reste la méthode de référence, sa disponibilité limitée en salle de naissance nécessite des approches diagnostiques alternatives. Le toucher rectal, bien que couramment utilisé, n'a pas la précision requise pour un diagnostic fiable. La manométrie anorectale, bien que très spécifique aux LOSA entraînant un dysfonctionnement immédiat du complexe du sphincter anal, nécessite des compétences spécialisées et n'est plus disponible en salle de naissance. La spectroscopie d'impédance électrique, utilisée par le système ONIRY, basé sur l'apprentissage automatique et entraîné sur des données échographiques, a récemment été commercialisée en Europe. C'est une nouvelle méthode pour la détection des LOSA au lit de la patiente. L'objectif de cette étude était de comparer les performances diagnostiques du système ONIRY avec les résultats de la manométrie anorectale chez les femmes peu de temps après l'accouchement par voie vaginale.

### **> MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Cette analyse post-hoc a utilisé les données de 117 femmes chez lesquelles la manométrie anorectale et la mesure de l'impédance électrique ont été réalisées. Dans cette étude clinique, 147 femmes analysables pour la spectroscopie d'impédance électrique ainsi que pour l'échographie endoanale ont été recrutées dans les 8 semaines suivant l'accouchement. La population a été enrichie de 60 patientes atteintes de LOSA confirmées par l'échographie endoanale. En utilisant l'échographie endoanale comme méthode de référence pour le diagnostic des LOSA, la sensibilité diagnostique, la spécificité et la précision de la spectroscopie d'impédance électrique (système ONIRY) et de la manométrie anorectale ont été comparées. La concordance entre la spectroscopie d'impédance électrique et la manométrie anorectale a été évaluée en calculant le pourcentage de résultats anormaux ou normaux cohérents.

### **> RÉSULTATS**

Alors que la spectroscopie d'impédance électrique à l'aide du système ONIRY a montré des performances diagnostiques élevées, avec une précision de  $87,0 \pm 0,5 \%$ , une sensibilité de  $90,6 \pm 2,0 \%$  et une spécificité de  $84,6 \pm 1,9 \%$  par rapport à l'échographie endoanale, la manométrie anorectale utilisée comme outil de diagnostic des LOSA a montré une précision de  $52,5 \%$ , une sensibilité de  $45,8 \%$  et une spécificité de  $62,5 \%$ . En comparant directement la spectroscopie d'impédance à l'aide du système ONIRY avec les résultats de manométrie anorectale, ils n'étaient en accord que dans  $56,1 \%$  des cas.

### **> CONCLUSION**

En se référant directement à l'échographie endoanale, les performances diagnostiques de l'impédance électrique dépassaient nettement celles de la manométrie anorectale. Le système ONIRY est par conséquent une technique prometteuse pour la détection des LOSA en salle de naissance. La performance diagnostique plus faible de la manométrie anorectale peut être due à la nature fonctionnelle et non structurelle de cet examen.

**VENDREDI 14 JUIN**  
**SEVEN UP**  
10H45-12H00

## **IMPACT DE LA DESINFECTION DU CHAMP OPERATOIRE SUR LE MICROBIOTE VAGINAL EN CHIRURGIE VAGINALE UROGYNECOLOGIQUE**

**Lucie ALLEGRE**

### **› OBJECTIF**

Évaluer l'impact de la désinfection vaginale et du drapage stérile sur le microbiote vaginal et évaluer les changements dynamiques bactériens au cours de la chirurgie vaginale.

### **› MATÉRIEL ET MÉTHODES**

54 femmes ménopausées ayant subi une chirurgie urogynécologique par voie vaginale (cures de prolapsus avec ou sans hystérectomie ou bandelettes sous-urétrales) ont été incluses dans une étude prospective. Les échantillons vaginaux ont été prélevés avant l'opération (V1), après désinfection et drapage stérile dans la salle d'opération (V2), et une heure après la désinfection vaginale (V3). Le microbiote vaginal a été analysé sur la base du séquençage de l'ARNr 16S de la région V3-4. Les types d'états communautaires, la richesse et la diversité du microbiote ont été analysés.

### **› RÉSULTATS**

Cette étude montre que le microbiote vaginal des femmes ménopausées devant subir une chirurgie urogynécologique est dominé par *Bifidobacterium* (23,6%). Sur la base d'un cluster hiérarchique, nous avons décrit le microbiote vaginal de base en quatre CST : CST I dominé par *Lactobacillus* (16,7%), CST II dominé par *Bifidobacterium* (25,9%), CST III dominé par les bactéries anaérobies (35,2%), et CST IV regroupant les patientes n'appartenant pas à CST I, II ou III (22,2%). La diversité microbienne (indice de Shannon) à la période V3 était plus importante qu'aux périodes V1 et V2 ( $P < 0.001$ ). La diversité bêta utilisant l'analyse des coordonnées principales (PCoA) a révélé des différences significatives dans la composition du microbiote entre les périodes V1, V2 et V3 ( $P < 0.001$ ). Au niveau du genre, l'abondance de *Bifidobacterium* ( $P = 0,002$ ) et de *Lactobacillus* ( $P = 0,005$ ) au cours de la période V3 était significativement inférieure à celle des périodes V1 et V2. L'abondance relative de *Gardnerella* était plus élevée dans le V3 que dans le V1 et le V2.

### **› CONCLUSION**

Nous avons observé une modification du microbiote vaginal lors d'une chirurgie vaginale avec une augmentation de la richesse du microbiote, de la diversité et de l'abondance relative de *Gardnerella* en fin de chirurgie. Ces modifications conduisent à un microbiote anormal proche de la vaginose bactérienne. Cette constatation pourrait influencer les suites postopératoires.

**VENDREDI 14 JUIN**  
**COMMUNICATIONS**  
**LIBRES MÉDICALES**  
14H30-16H00

## **SONDAGE INTERMITTENT ET INCIDENCE DES SYMPTÔMES ÉVOQUEURS D'UNE INFECTION URINAIRE CHEZ LES PATIENTS UTILISANT DES SONDES PRÉ-LUBRIFIÉES OU HYDROPHILES : UNE ANALYSE DE DONNÉES DE VIE RÉELLE**

**Emmanuel CHARTIER-KASTLER**

### **› INTRODUCTION**

Les revues systématiques ont souligné le manque de données probantes sur le choix du type de cathéter pour sondage urinaire intermittent et l'impact sur la survenue d'infections urinaires (IU).

### **› OBJECTIF**

Décrire l'incidence et la fréquence de symptômes évocateurs d'une IU (SeUI) avec les sondes pré-lubrifiées comparativement aux sondes hydrophiles.

### **› MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Une étude observationnelle a été réalisée à partir d'une base de données de patients compilées par des médecins généralistes au Royaume-Uni. Les critères de jugement principaux étaient la proportion de patients présentant au moins un SeUI (prescription d'un antibiotique non spécifique avec un diagnostic évoquant une IU, ou prescription d'un antibiotique spécifique d'une IU) et le nombre moyen de SeUI par patient atteint au cours des 12 mois qui ont suivi la prescription initiale des sondes.

### **› RÉSULTATS**

5296 patients ont été inclus (sondes pré-lubrifiées :  $n = 363$  ; sondes hydrophiles :  $n = 2096$ ) puis par appariement sur le score de propension, deux groupes de patients comparables ont été constitués selon la sonde utilisée (ACTREEN,  $n=363$  et SPEEDICATH,  $n=363$ ).

Le groupe ACTREEN et le groupe SPEEDICATH avaient des proportions similaires de patients présentant des signes évocateurs d'une IU avant l'exposition au sondage. Le pourcentage de patients avec SeUI au cours de l'exposition était similaire dans les groupes ACTREEN (38%) et SPEEDICATH (41,9% ;  $p = 0,289$ ). Cependant, parmi les patients ayant utilisé le même type de sonde urinaire pendant toute la période d'exposition, le pourcentage de patients présentant des SeUI était respectivement de 46,7% dans le groupe ACTREEN vs 52,4% pour le groupe SPEEDICATH ( $p = 0,228$ ) et le nombre de SeUI par patient était respectivement de 1,3 dans le groupe ACTREEN vs 1,6 dans le groupe SPEEDICATH ( $p = 0,124$ ).

### **› CONCLUSION**

Ces données de vie réelle montrent des résultats similaires en termes de survenue de signes évocateurs d'une infection urinaire entre les sondes prélubrifiées et les sondes hydrophiles sur un suivi de 12 mois.

› **OBJECTIF**

Pour évaluer les actions d'éducation à la santé pelvi-périnéale il est indispensable de pouvoir mesurer les connaissances des femmes dans ce domaine. L'Antwerp Pelvic Floor Knowledge Questionnaire (APFK-Q) est un questionnaire auto-administrable qui permet d'évaluer les connaissances des femmes sur ce sujet. L'objectif de cette étude était de réaliser l'adaptation culturelle en langue française de cet outil et d'évaluer ses propriétés psychométriques.

› **MÉTHODES**

Après l'adaptation culturelle du néerlandais vers le français (Traduction/Retro-traduction), l'acceptabilité a été évaluée sur deux échantillons de femmes. Un groupe de femmes non-soignantes (n=112) et 29 étudiantes en santé. Vingt-trois femmes non-soignantes ont accepté de participer à un test-retest pour l'analyse de la reproductibilité. La concordance des réponses a été mesurée pour chaque question par le coefficient Kappa de Cohen. La sensibilité aux changements a été mesurée avant-après un atelier d'éducation à la santé pelvi-périnéale. Pour cette analyse, les bonnes réponses attendues pour chaque item ont été discutées lors d'un comité d'experts. La proportion de bonnes réponses a été comparée avant et après l'atelier par le test de Chi<sup>2</sup> de McNemar. La lisibilité et le niveau de lecture requis pour une compréhension optimale ont été évalués par les test de Flesch et Flesch-Kincaid respectivement.

› **RÉSULTATS**

Soixante-dix pour cent (n=72) des femmes et 72% (n=21) des étudiantes en santé n'ont signalé aucune difficulté de compréhension. La concordance était très bonne ( $k > 0,8$ ) pour 46% des items, et bonne (0,6 à 0,8) pour 25% des items. La proportion de réponses justes était significativement plus importante pour 67,8% des items après l'atelier d'éducation à la santé pelvopérinéale. La version française de l'APFK-Q a été jugée facilement compréhensible par le test de Flesch avec un score de 60,6. Le niveau scolaire requis pour une compréhension optimale a été estimé à 8 (Niveau 4<sup>ème</sup>).

› **CONCLUSION**

La version française de l'APFK-Q est un questionnaire acceptable, reproductible et facilement compréhensible qui permet de décrire de manière étendue les connaissances des femmes concernant la sphère pelvi-périnéale. La sensibilité aux changements a pu être vérifiée pour la majorité de ses items, ainsi il peut être utilisé pour évaluer l'impact d'une action d'éducation à la santé pelvi-périnéale.

**VENDREDI 14 JUIN**

**COMMUNICATIONS  
LIBRES MÉDICALES**

14H30-16H00

## **EVALUATION DE LA DEPRESSION ET LA QUALITE DE VIE CHEZ L'ENFANT ENURETIQUE**

***Khaoula RSAISSI***

### **> INTRODUCTION**

L'énurésie est une pathologie ancienne et fréquente caractérisée par une incontinence urinaire intermittente qui se produit exclusivement pendant le sommeil. Sa prévalence est de 15 à 25 % chez les enfants de 5 ans, et bien qu'elle se résolve spontanément dans 15 % des cas chaque année, elle peut persister chez 0,5 à 1 % des enfants jusqu'à l'âge de 15 ans. Cette condition a un impact significatif sur la qualité de vie (QDV) et le bien-être psychologique des enfants. En 2015, la Société Internationale de la Continence de l'Enfant (ICCS) et la Société Européenne d'Urologie Pédiatrique (ESPU) ont lancé la Journée Mondiale de l'Énurésie pour sensibiliser à ce problème. Au Maroc, le retentissement psychosocial de l'énurésie reste méconnu et négligé.

### **> OBJECTIF**

Notre étude vise à déterminer la prévalence de la dépression et à évaluer la QDV chez les enfants souffrant d'énurésie, tout en identifiant les facteurs de risque associés.

### **> MATÉRIELS ET MÉTHODES**

Il s'agit d'une étude prospective et analytique menée sur une période d'un an allant de novembre 2022 à novembre 2023. Elle a concerné 30 enfants âgés de 5 ans et plus, atteints d'énurésie et suivis au service de médecine physique et de réadaptation du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Tous les patients ont bénéficié d'une prise en charge médicamenteuse avec instauration des mesures hygiéno-diététiques. Après obtention du consentement éclairé des parents, les patients ont été évalués à l'aide de données anamnestiques, de l'échelle CDRS (Children Depression Rating Scale) pour évaluer la dépression, et du score PedsQL 4.0 (Pediatric Quality of Life Inventory) pour évaluer la QDV. Ensuite une analyse uni-variée a été réalisée par Excel et Epi Info™, prenant comme facteurs de risque : l'âge, le sexe, le statut marital des parents, le niveau socio-économique, les facteurs socio-familiaux, l'âge d'acquisition de la propreté et la fréquence de l'énurésie.

### **> RÉSULTATS**

Notre série comportait 12 filles et 18 garçons ; d'âge moyen de 8,46 ans ; 86,67% souffraient d'une énurésie primaire et 13,33% d'une énurésie secondaire avec un âge d'acquisition de la propreté inférieur à 2 ans pour 60% des patients, entre 2 et 4 ans pour 33,3%, et supérieur à 4 ans pour 6,67%. 16,7% avaient des facteurs socio-familiaux ; Chez 73,3% des enfants ces facteurs ont déclenché une énurésie secondaire et chez 26,7% ils ont aggravé une énurésie déjà existante. 13,3% des parents avaient un statut marital défavorable. Selon l'échelle CDRS, 10% des enfants présentaient une dépression établie, 53,3% une dépression probable et 36,7% étaient indemnes. En se basant sur le PedsQL 4.0, 16,7% et 20% des patients avaient respectivement une QDV physique et psychosociale médiocres. En analysant les facteurs de risque, nous avons observé que la dépression était liée au niveau scolaire de la mère ( $p=0,0035$ ) et à la présence de facteurs socio-familiaux ( $p=0,0373$ ). De plus, nous avons identifié une corrélation significative entre la QDV psychosociale et le statut marital des parents ( $p=0,0024$ ) ainsi qu'avec les facteurs socio-familiaux ( $p=0,0021$ ).

### **> CONCLUSION**

Notre étude souligne l'impact important de l'énurésie sur la santé mentale et la QDV des enfants. Les résultats mettent en évidence la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, impliquant notamment un suivi psychologique régulier par un pédopsychiatre, dès le début de la maladie, pendant le traitement et après la guérison. Une sensibilisation accrue aux facteurs de risque psychosociaux est également essentielle pour une meilleure prise en charge des enfants énurétiques.

**VENDREDI 14 JUIN**  
**COMMUNICATIONS**  
**LIBRES MÉDICALES**  
14H30-16H00

## **EFFICACITE ET SECURITE DE LA COMBINAISON D'UN TRAITEMENT ORAL AVEC UNE THERAPIE DE TROISIEME LIGNE DANS LE SYNDROME D'HYPERACTIVITE VESICALE IDIOPATHIQUE : UNE ETUDE DE COHORTE RETROSPECTIVE MONOCENTRIQUE**

**Pierre-Luc DEQUIREZ**

### **> OBJECTIF**

Il existe peu de données concernant la prise en charge des patients atteints du syndrome d'hyperactivité vésicale idiopathique ayant présenté une réponse incomplète aux injections de toxine botulique (BoNT-A) ou à la neuromodulation sacrée (NMS). Le but de l'étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'un ajout de traitements oraux adjuvants (antimuscariniques ou  $\beta$ 3-agonistes) chez les patients ayant reçu des injections de BoNT-A ou une NMS pour un syndrome d'hyperactivité vésicale.

### **> MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Il s'agit d'une étude de cohorte monocentrique et rétrospective qui inclut tous les patients non neurologiques ayant débuté un traitement par BoNT-A ou NMS pour un syndrome d'hyperactivité vésicale dans notre centre entre 2011 et 2021, et pour lesquels un traitement oral (antimuscarinique ou agoniste  $\beta$ 3-adrénergique) a ensuite été ajouté. Les résultats fonctionnels de l'ajout d'un traitement oral en combinaison avec la NMS ou les injections de BoNT-A à 3 mois et 1 an étaient collectés à partir des dossiers médicaux et de la correspondance médicale disponible. L'efficacité exprimée par le patient était évaluée par un des investigateurs sur une échelle de Likert sur 7 points. Les patients avec un score de un à deux étaient considérés comme significativement améliorés. Les critères de jugement secondaires comprenaient la mesure du taux de poursuite des thérapies après un an, et la tolérance de l'ajout des traitements oraux chez ces patients, grâce à une liste d'événements indésirables prédéfinis.

### **> RÉSULTATS**

Parmi les 270 patients non neurologiques screenés, 61 (22,6 %) patients avaient reçu un traitement oral supplémentaire après le début de leur traitement de troisième ligne (NMS ou injection de BoNT-A). 28 patients traités par injections de BoNT-A et 16 patients traités par NMS ont été inclus dans l'étude. 53,5 % des patients traités par injections de BoNT-A et 40,0 % des patients traités par NMS se sont sentis significativement améliorés 3 mois après l'introduction d'un traitement oral. Il n'y avait pas de facteur prédictif significatif d'efficacité, notamment le type de traitement oral ou le de traitement de troisième ligne (NMS ou BoNT-A). Après 1 an, 40,7 % des patients traités par BoNT-A et 53,3 % des patients traités par NMS avaient arrêté leur traitement oral. 25,0 % des patients ont présenté au moins un événement indésirable. L'événement indésirable le plus courant était l'incidence d'un résidu post-mictionnel d'au moins 300 ml, chez 13,6 % des patients.

### **> CONCLUSION**

Des antimuscariniques ou  $\beta$ 3-agonistes administrés en complément d'un traitement de troisième ligne de l'hyperactivité vésicale améliorent significativement les symptômes urinaires chez la moitié des patients qui présentaient une réponse incomplète à la NMS ou aux injections de BoNT-A, avec un profil de sécurité raisonnable par rapport aux monothérapies seules. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour optimiser les combinaisons entre les thérapies disponibles dans l'hyperactivité vésicale chez les patients réfractaires à la NMS et aux injections de BoNT-A.

› **OBJECTIF**

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'efficacité du traitement par stimulation transcutanée du nerf tibial (STNT) sur les symptômes d'hyperactivité vésicale et secondairement sur les paramètres urodynamiques chez les patients atteints de sclérose en plaques (SEP). L'objectif secondaire était de rechercher des facteurs prédictifs de satisfaction au traitement par STNT.

› **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Tous les patients atteints de SEP ayant réalisé 12 à 24 semaines de STNT et qui avaient bénéficié d'une évaluation urodynamique avant et après le traitement entre juin 2020 et octobre 2022 ont été inclus rétrospectivement. Les données collectées étaient les suivantes : calendrier mictionnel comprenant le nombre de mictions, le volume de chaque miction, et le besoin sur lequel était réalisé la miction, évalué par une échelle de Likert à 4 niveaux ; l'intensité des symptômes évaluée par le score Urinary Symptoms Profile (USP) ; les paramètres urodynamiques (sensations de besoin, présence et volume d'apparition d'une hyperactivité détrusorienne, paramètres de la phase de vidange). L'amélioration subjective par le patient était évaluée par le score Patient Global Impression of Improvement (PGI-I). Un score au PGI-I à 1 (très bonne amélioration) ou 2 (bonne amélioration) permettait de classer le patient dans le groupe « répondeur ».

› **RÉSULTATS**

Quatre vingt deux patients ont été inclus (âge moyen  $47,1 \pm 11,5$ , 67 (82%) femmes). Le sous score moyen USP hyperactivité vésicale était de  $7,7 \pm 3,5$  initialement, et de  $6,0 \pm 3,4$  après traitement ( $p < 0,0001$ ). Sur le calendrier mictionnel, le volume uriné, la fréquence mictionnelle et la proportion de mictions réalisées au besoin urgent ont été améliorés de façon significative avec la STNT ( $p < 0,05$ ). En revanche, il n'a pas été retrouvé de différence significative sur les paramètres urodynamiques, que ce soit sur la phase de remplissage ou de vidange.

D'après le PGI-I, 34 (42,5%) patients étaient répondeurs. Le seul paramètre associé avec une bonne satisfaction était une proportion de mictions réalisées au besoin urgent importante avant l'initiation du traitement ( $39,8\% \pm 30,5$  dans le groupe répondeurs vs  $25,1\% \pm 25,6$  dans le groupe faible/non répondeurs ;  $p = 0,04$ ).

› **CONCLUSION**

La STNT améliore les symptômes d'hyperactivité vésicale chez les patients avec SEP, sans changement significatif des paramètres urodynamiques. Une proportion importante de mictions réalisées sur besoin urgent initialement pourrait être associée à une plus grande satisfaction avec ce traitement.

### > INTRODUCTION

Le catalogue mictionnel est un outil validé et recommandé dans l'exploration et la prise en charge des patients atteints de symptômes du bas appareil urinaire<sup>1</sup>(SBAU). Plusieurs études ont analysé la fiabilité du catalogue mictionnel sur le plan des volumes mictionnels déclarés. Cinquante pourcents des catalogues mictionnels comporteraient au moins une donnée manquante sur le volume mictionnel<sup>2</sup>, et il y aurait une erreur de +/- 50mL dans 82% des catalogues mictionnels<sup>3</sup>. Aucune donnée n'existe quant à la fiabilité des mictions déclarées en ce qui concerne leur nombre et leur horaire. En effet, il est difficile de vérifier si une miction déclarée a effectivement été réalisée ou si toutes les mictions ont bien été rapportées. Enfin les erreurs d'unité de volume peuvent induire en erreur l'interprétation.

Le sphincter urinaire artificiel UroActive™ (UroMems, Grenoble, France) est un dispositif médical implantable composé d'une manchette occlusive (OC) connectée à une unité de contrôle (UC), incluant un réservoir, une pompe, une batterie et des composants électroniques permettant une communication sans fil avec une télécommande. L'OC est implantée autour de l'urètre bulbaire chez l'homme et la UC est positionnée au niveau abdominal, en avant de l'aponévrose musculaire. Après activation du dispositif, le patient peut ouvrir la manchette du sphincter pour uriner grâce à une télécommande dédiée. Au cours des visites de suivi, le médecin télécharge les données enregistrées par l'UC. Ces données comportent entre autres les heures d'envois des commandes de miction avec la télécommande. L'étude de première implantation du dispositif chez l'homme est en cours (étude SOPHIA). Il s'agit d'une étude clinique prospective, multicentrique, en ouvert, avec un seul bras d'intervention, dont le but est d'évaluer la sécurité et l'efficacité du dispositif UroActive™ chez les patients de sexe masculin (NCT05547672, CPP 22.02260.000065). Dans cette étude, les patients porteurs du sphincter UroActive™ doivent réaliser des catalogues mictionnels traditionnels après activation du dispositif. Les catalogues traditionnels ont été comparés aux catalogues électroniques générés par les données enregistrées par l'implant.

### > MATÉRIEL ET MÉTHODE

Six patients ont été inclus de septembre 2022 à juin 2023. Suite à la chirurgie d'implantation, le dispositif était activé après une période de cicatrisation de 6 semaines. Des visites de suivi étaient programmées à 14 jours puis 1, 3, 6 et 12 mois post-activation. Les données enregistrées de manière automatique dans l'implant étaient téléchargées lors de ces visites de suivi. Lorsqu'il ressent le besoin d'uriner, le patient doit commencer par ouvrir l'OC du dispositif avant de déclencher une miction. Pour cela il utilise une télécommande dédiée. En raison, du design de la télécommande et d'une séquence d'appui prédéterminée, le risque d'envoi de commande involontaire est considéré comme très faible. Dans le cadre de l'investigation clinique, Il était demandé au patient de réaliser un catalogue mictionnel traditionnel pendant les 3 jours précédents les visites de suivi à 3, 6 et 12 mois. Les catalogues traditionnels réalisés par les patients ont été comparées aux catalogues électroniques générés par les données enregistrées dans l'implant. Des tests de McNemar et du Chi2 ont été réalisés pour comparer le nombre de mictions obtenues sur les deux catalogues mictionnels.

## > RÉSULTATS

Les 6 patients inclus ont réalisé au total 14 catalogues mictionnels de 3 jours, ce qui correspond à 300 mictions déclarées et mesurées avec une moyenne de 7,2 mictions /24h (Déviation Standard de 1,2). Sur les jours correspondants aux catalogues mictionnels, 317 commandes de miction ont été enregistrées par le dispositif. On observe 33 discordances entre les mictions déclarées et les commandes de miction enregistrées. Sur les 33 discordances, 25 correspondent à des commandes de miction enregistrées par le dispositif et non déclarées par le patient ; et 8 correspondent à des mictions déclarées par le patient mais non enregistrées par le dispositif. Ce qui correspond à un total de 33 discordances sur 325 mictions déclarées ou enregistrées, soit un taux d'erreurs significatif de 10% (IC95% = [7% ;13% ]),  $p < 0.01$ . La répartition horaire des discordances au cours de la journée est telle que 52% des discordances ont lieu entre 8h et 14h. Il y avait significativement plus d'erreur entre 8h et 11h, qu'entre 22h et 8h : seulement 5% des mictions ayant lieu entre 22h et 8h sont mal déclarées, contre 20% des mictions entre 8h et 11h,  $p < 0.01$ .

## > CONCLUSION

Il existe une discordance d'environ 10% entre le catalogue mictionnel traditionnel réalisé par le patient et le catalogue électronique généré à partir des données enregistrées dans le dispositif UroActive™. Soixante-seize pourcents des erreurs correspondent à un oubli de déclaration et 24% à une déclaration de miction sans miction réalisée. Les patients ne font pas plus d'erreurs la nuit. Cette discordance est potentiellement sous-estimée en routine clinique, étant donné le caractère sélectionné et accompagné des patients participants à cette étude prospective. La taille de l'échantillon reste insuffisante pour conclure sur la variabilité inter-patient et intra-patient.

## BIBLIOGRAPHIE

- <sup>1</sup>Bright E, Cotterill N, Drake M, Abrams P. Developing and Validating the International Consultation on Incontinence Questionnaire Bladder Diary. *Eur Urol.* 2014;66(2):294-300. doi:10.1016/j.eururo.2014.02.057
- <sup>2</sup>Cameron AP, Wiseman JB, Smith AR, et al. Are three-day voiding diaries feasible and reliable? Results from the Symptoms of Lower Urinary Tract Dysfunction Research Network (LURN) cohort. *Neurourol Urodyn.* 2019;38(8):2185-2193. doi:10.1002/nau.24113
- <sup>3</sup>Takai S, Matsukawa Y, Hashizume N, Gotoh M. A small pilot study to evaluate the accuracy and feasibility of a novel automated voiding diary device for recording urine output measurements. *Neurourol Urodyn.* 2021;40(1):272-277. doi:10.1002/nau.2454

› **OBJECTIF**

Étudier la prévalence et les mécanismes du dysfonctionnement urinaire dans le syndrome de Guillain-Barré (SGB).

› **PATIENTS ET MÉTHODES**

Lors de l'hospitalisation de 81 patients atteints d'un SGB cliniquement et physiologiquement confirmé, des symptômes urinaires ont été observés et des examens neurologiques répétés ont été réalisés. Les patients comprenaient 51 hommes et 30 femmes. Âge moyen : 44 ans. Le score moyen de Hughes à 3 ; AIDP, 28, AMAN, 37. Les études urodynamiques comprenaient des débimétries, la mesure des résidus post-mictionnels, une cystomanométrie et une électromyographie du sphincter anal externe.

› **RÉSULTATS**

Un dysfonctionnement urinaire a été observé dans 34,6% des cas de SGB (rétention urinaire à 13,8 %). Il était associé à l'âge, au grade de motilité de Hughes et au dysfonctionnement de la défécation. Les études urodynamiques réalisées sur 11 patients (la plupart dans les huit semaines suivant le début) ont révélé des résidus post-mictionnels chez quatre patients, y compris ceux qui ont pu uriner. Deux patients présentaient une hypo sensibilité vésicale. Une hyperactivité détrusorienne a été retrouvée chez 10 patients, une hypocompliance vésicale chez deux patients et une hypocontractilité détrusorienne chez huit patients. On note une dyssynergie vésico-sphinctérienne chez trois patients.

› **DISCUSSION - CONCLUSION**

Dans notre série de cas de SGB, l'hypo et l'hyperactivité détrusorienne et, dans une moindre mesure, la dyssynergie vésico-sphinctérienne sont les principales anomalies urodynamiques. Les mécanismes sous-jacents du dysfonctionnement urinaire semblent impliquer les nerfs lombosacrés.

› **INTRODUCTION**

La maladie de Behçet est une vascularite multisystémique d'étiologie inconnue. La maladie évolue de manière chronique avec des phases de rechute et de rémission. L'atteinte des voies génito-urinaires avec des ulcères génitaux et des aphtes est fréquente. Les rares manifestations urogénitales de cette maladie comprennent des troubles vésico-sphinctériens consécutifs à un dysfonctionnement.

› **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Nous avons mené une étude rétrospective sur 12 patients suivis pour neurobehçet au service de médecine physique et de réadaptation de Casablanca et qui présentaient des symptômes urinaires. Une exploration urodynamique a été réalisée chez tous les patients.

› **RÉSULTATS**

L'âge moyen était de 32,6 ans et tous les patients étaient des hommes. 58,3 % des patients présentaient une pollakiurie indiquée par un calendrier mictionnel, 66 % des patients présentaient une incontinence urinaire par impériosité et 41,6 % une dysurie avec dyssynergie vésico-sphinctérienne et un résidu post-mictionnel (RPM) important à la débimétrie. La cystomanométrie a révélé une hyperactivité du détrusor dans 83,3 % des cas, avec une dyssynergie vésico-sphinctérienne à la miction. La prise en charge a été basée sur la prescription d'anticholinergiques, la rééducation périnéale par biofeedback, la neurostimulation du nerf tibial postérieur et le sondage intermittent propre.

› **DISCUSSION - CONCLUSION**

Les troubles vésico-sphinctériens sont sous-évalués chez les patients atteints de la maladie de Behçet et peuvent parfois être inauguraux, d'où la nécessité d'un examen neurologique complet et d'un dépistage des troubles vésico-sphinctériens, en indiquant une exploration urodynamique. Une bonne prise en charge de ces symptômes urinaires aurait un impact positif sur la qualité de vie de ces patients.

### ► INTRODUCTION

Le traitement optimal de l'IUE persistante ou récidivée n'est pas été standardisé. Récemment, la remise en tension de la BSU a été décrite et proposée comme autre option thérapeutique.<sup>1</sup> En effet, il est suggéré que les raisons les plus courantes des échecs de la BSU sont un mauvais placement ou une tension mal ajustée, les deux étant essentiels à la correction.<sup>2,3</sup> Le but de l'étude était de présenter notre expérience dans l'utilisation de la remise en tension de la BSU pour les incontinences urinaires d'effort récidivées ou persistantes après une BSU en se concentrant sur la faisabilité de la technique, la sécurité de la procédure et ses résultats cliniques préliminaires.

### ► MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective incluant tous les patients ayant présenté une IUE récidivée ou persistante suite à une BSU entre septembre 2013 et avril 2022 dans deux centres de référence d'urogynécologie. L'étude a reçu l'approbation éthique favorable du comité compétent. Dans le cadre de l'évaluation initiale, sont effectués : un examen physique, analyse d'urine, bilan urodynamique (l'insuffisance sphinctérienne (IS) a été défini comme une pression de clôture urétrale maximale (PCUM) inférieure à 30 cmH<sub>2</sub>O) et l'examen a été complété par une échographie transvaginale, où la localisation de la BSU a été décrite par rapport au col vésical et a été classé comme proximale, médiale ou distale.<sup>2</sup> Il a ensuite été évalué en Valsalva la présence ou l'absence de la coudure urétrale.<sup>3</sup> Le principal critère de jugement de cette étude était l'absence de fuites urinaires involontaires gênantes lors d'activités physiques aux efforts.

### ► TECHNIQUE CHIRURGICALE

La remise en tension a été réalisée en plaçant un cathéter urinaire suivi d'une incision et d'une dissection sous-urétrale jusqu'à atteindre et libérer la bandelette. Ceci a été suivi d'une dissection para urétrale d'environ 1 cm. La bandelette a ensuite été sectionnée dans la ligne médiane ou dans la partie latérale. Le serrage a été réalisé à l'aide d'un fil de suture non résorbable (Polypropylène 3-0) en superposant les extrémités coupées de la bandelette. Les patients n'avaient pas de sonde à demeure après l'intervention. Une fois que la patiente a eu deux essais réussis de miction spontanée > 150 ml avec un résidu < 150 ml elle a quitté l'hôpital.

### ► RÉSULTATS

Un total de 27 procédures de remise en tension de BSU a été réalisé entre septembre 2013 et avril 2022. L'âge moyen, l'index de masse corporelle et la parité des patients étaient respectivement de 56,5 ± 12,8 ans, 26,4 ± 5,7 et 2,3 ± 1,2.

Deux patients (7,4 %) avaient des anticholinergiques prescrits en préopératoire en raison de symptômes d'urgence mictionnel et 5 (18,5 %) avaient une IS sur l'urodynamique préopératoire. L'intervalle médian entre la BSU et la remise en tension était de 9 mois (IQR : 44). Deux patients ont déjà subi 2 BSU avant la remise en tension. Sur les 27 patients, 20 (74,1 %) avaient déjà eu un TVT et 7 (25,9 %) avaient déjà eu un TOT.

Les échographies transvaginal avant l'intervention ont montré que les bandelettes étaient toutes situées au milieu de l'urètre et qu'il n'y avait aucune avec la coudure urétrale sur Valsalva, indiquant une bandelette inefficace.

La durée opératoire moyenne était de  $42,1 \pm 20,8$  minutes. Lors de la remise en tension de la BSU, 15 (55,6 %) avaient une section médiane de la BSU tandis que 12 (44,4 %) avaient une section latérale. Aucun patient n'a présenté de rétention urinaire après chirurgie. Tous les patients ont été hospitalisés pendant moins de 24 heures.

Parmi les 27 patients, 3 (11,1 %) ont été perdus de vue. La durée médiane du suivi pour les 24 patientes restantes était de 9,6 mois (rang entre 1 à 42). Parmi elles, 15 (62,5 %), 5 (20,8 %), 3 (12,5 %) et 1 (4,2 %) patients ont signalé respectivement une résolution ou une amélioration significative, peu d'amélioration, aucune amélioration et une aggravation de leur IUE. Une seule complication opératoire a été observée (3,7%) : une lésion urétrale nécessitant le retrait complet de la bandelette. Cette patiente particulière avait des antécédents de deux TVT antérieurs. Aucun des patients n'a signalé de complications postopératoires ou la nécessité de réaliser un cathétérisme intermittent.

## DISCUSSION

Nous avons constaté que la remise en tension après la pose d'une BSU était une technique faisable. Dans cette série, 62,5 % des membres de notre cohorte d'étude ont signalé une résolution ou une amélioration significative de leurs symptômes de fuite. Nos résultats sont comparables à ceux de Maheshwari et al., qui ont rapporté une résolution subjective de 66,6 % de l'IUE.<sup>4</sup> La persistance ou la récurrence de l'IUE après une chirurgie anti-incontinence peut être attribuée à échecs anatomiques et/ou fonctionnels, l'hypermobilité urétrale semble être un facteur prédominant, malgré les patients ayant subi une correction chirurgicale préalable. L'un des facteurs prédominants pouvant expliquer la prédisposition est le déficit intrinsèque du sphincter, car les patients avec une PCUM inférieure à 30 cmH<sub>2</sub>O n'ont montré aucune amélioration après l'intervention.

Malgré la faisabilité de la remise en tension de la BSU, nous pensons que la sélection des patients est impérative et constitue le principal déterminant du succès de cette procédure. Nous estimons qu'avant d'effectuer cette intervention chirurgicale, les patients doivent être soigneusement sélectionnés.

## CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons démontré la faisabilité, la sécurité et le caractère peu invasif de la procédure de serrage de la bandelette comme option de prise en charge dans cette situation. Le taux de réussite subjectif dans notre étude était bon, en particulier si l'on considère d'autres options chirurgicales plus invasives avec des taux de réussite comparables.

## BIBLIOGRAPHIE

- <sup>1</sup>Villet R, Ercoli A, Atallah D, Hoffmann P, Salet-Lizee D. Second tension-free vaginal tape procedure and mesh retensioning: two possibilities of treatment of recurrent-persistent genuine stress urinary incontinence after a primary tension-free vaginal tape procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2002 Nov;13(6):377-9. doi: 10.1007/s001920200083. PMID: 12466909.
- <sup>2</sup>Poon, C. and Zimmern, P.: When the sling is too proximal: a specific mechanism of persistent stress incontinence after pubovaginal sling placement. *Urology*, 64: 287, 2004.
- <sup>3</sup>Long CY, Hsu CS, Lo TS, Liu CM, Chen YH, Tsai EM. Ultrasonographic assessment of tape location following tension-free vaginal tape and transobturator tape procedure. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(1):116-21. doi: 10.1080/00016340701797765. PMID: 18158637.
- <sup>4</sup>Maheshwari D, Jones K, Solomon E, Harmanli O. Sling Plication for Failed Midurethral Sling Procedures: A Case Series. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019 Jan/Feb;25(1):e4-e6. doi: 10.1097/SPV.0000000000000630. PMID: 30180049.

**VENDREDI 14 JUIN**  
**COMMUNICATIONS**  
**LIBRES**  
**CHIRURGICALES**  
14H30-16H00

## **DERIVATION URINAIRE CUTANEE CONTINENTE CHEZ LES PATIENTS PORTEURS D'UNE VESSIE NEUROLOGIQUE : FAUT-IL SYSTEMATIQUEMENT ASSOCIER UN AGRANDISSEMENT DE VESSIE ? EXPERIENCE MONOCENTRIQUE ET RESULTATS A LONG TERME**

**Marie-Aimée PERROUIN-VERBE**

### **> OBJECTIF**

Rapporter les résultats à long terme et la qualité de vie après une dérivation urinaire cutanée continente (DUCC) chez des patients porteurs d'une vessie neurologique. Evaluer à long terme la stratégie de réalisation de dérivation cutanée isolée sans entérocystoplastie d'agrandissement.

### **> MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients porteurs d'une vessie neurologique ayant été opérés d'une DUCC associée ou non à un geste concomitant (chirurgie de la continence, cystectomie sus trigonale avec entérocystoplastie d'agrandissement) dans le service d'Urologie adulte de notre centre. Les résultats étaient rapportés à la date des dernières nouvelles. Les résultats fonctionnels dont le taux de poursuite des sondages par la stomie, la continence stomiale et urétrale, le taux de réponse pharmacologique, les paramètres urodynamiques et la fonction rénale ont été rapportés et comparés aux données pré-opératoires lorsque disponibles. Les complications post-opératoires précoces (rapportées selon la classification de Clavien et Dindo) et tardives, dont les taux de réintervention chirurgicale ont été évaluées. La qualité de vie des patients et leur satisfaction ont également été évaluées à l'aide de questionnaires validés (Qualiveen, SF-36, PGI-I).

L'indication de la réalisation concomitante d'une entérocystoplastie d'agrandissement était une hyperactivité détrusorienne réfractaire aux traitements médicamenteux et à la toxine botulique. L'échec du traitement à la toxine était défini par la persistance d'une hyperactivité du détrusorienne avec des pressions maximales du détrusor >40cmH2O et/ou d'un problème de complaisance et/ou d'une persistance de l'incontinence urinaire et/ou d'une urgenterie et/ou un nombre d'auto-sondages quotidiens >8/jour et/ou une efficacité <3 mois. En cas de réponse pharmacologique, une DUCC isolée était réalisée.

### **> RÉSULTATS**

Quatre-vingt-six patients d'un âge médian de 48 ans (EI 33,25-59) ont été inclus. Un peu moins de deux tiers des patients étaient des femmes (65,6%, n=56). Les patients étaient principalement porteurs d'une lésion médullaire (61,7%). Le suivi médian était de 6,4 ans (EI 2,6-11,9).

Les indications de la DUCC étaient majoritairement fonctionnelles (74,4%, n=64), principalement du fait de troubles de la préhension (pour 27 patients). Les indications organiques rassemblaient, sans cause majoritaire, les sténoses fausses routes ou douleurs urétrales ainsi que les destructions urétrales, du fait d'escarres ou par port de sondes à demeure de façon prolongée.

Une entérocystoplastie d'agrandissement concomitante a été réalisée dans 24,4 % des cas (n=21). A la date des dernières nouvelles, 87,1% des patients (n=74) utilisaient toujours leur stomie pour la réalisation de sondages urinaires intermittents propres. La continence stomiale était de 92,4% (n=73) et la continence urétrale de 100%. Des complications post-opératoires sévères (≥ grade IIIb) ont été rapportées chez 12 patients (13,9%). Aucun décès lié à l'opération n'a été rapporté.

Le taux de sténose stomiale ou du tube était de 29 % (n=25), dont 21 ayant nécessité une intervention chirurgicale, majoritairement une plastie de l'orifice. Une incontinence stomiale a été observée chez 7,6 % des patients, dont 9 ayant nécessité un geste, majoritairement une injection de macroplastiques. Une chirurgie pour incontinence urétrale secondaire a été nécessaire pour 15,1 % des patients (n=13, dont 10 poses de ballonnets péri-urétraux). Le taux de réponse pharmacologiques, les paramètres urodynamiques et la fonction rénales sont décrites en pré-opératoires et aux dernières nouvelles dans le tableau suivant.

DUCC et résultat fonctionnels : réponse pharmacologique, paramètres urodynamiques et fonction rénale.

		En préopératoire	Aux dernières nouvelles	p
Traitement vessie neurologique (%)	Total	47/79 (59,5%)	50/79 (63,3%)	
	Anticholinergiques seuls	34	29	
	Toxine seule	0	1	
	Anticholinergiques + Toxine	13	20	
	Réponse pharmacologique	37/47 (78,7%)	44/49 (89,8%)	
	Modification traitement		45/79 (56,9%)	
<b>Paramètres urodynamiques</b>				
	Hyperactivité détrusorienne	34 (39,5%)	36 (45,6%)	0,8597
	Dyssynergie Vésico-Sphinctérienne	18 (20,9%)	9 (10,5%)	0,09529
	Compliance en ml/cmH2O (mé-diane, EI)	33 (24-50)	40 (22,5-73)	0,09286
	Capacité vésicale en ml (médiane, EI)	340 (250-500)	350(300-485,5)	0,4513
	Pression maxi-male détrusorienne en cm H2O (mé-diane, EI)	27 (19-40)	21(13-33)	0,01358
	Pression de clôture urétrale maximale en cm H2O (mé-diane, EI)	51,5 (40-83,5)	39 (26-72,75)	0,01281
	Creatinine sanguine en µmol/l (médiane, EI)	49 (42-59,75)	44 (36-53)	0,01154

Seuls 5 patients (5,8 %) ont eu besoin d'une entérocystoplastie d'agrandissement secondaire. Le taux global de réopération (dont les chirurgies pour incontinence) était de 65,1 % (n=56). Le taux de satisfaction était élevé, 91,5 % des patients étant satisfaits ou très satisfaits.

## CONCLUSIONS

La DUCC est une technique chirurgicale efficace à long terme, qui permet la réalisation des sondages intermittents propre avec un taux de continence élevé et une qualité de vie préservée, malgré un taux de réopération non négligeable.

En cas de contrôle des hautes pressions endovésicales en pré-opératoire, la stratégie de ne pas réaliser d'entérocystoplastie systématique permet de réduire la morbidité propre à ce geste concomitant, avec un faible taux d'agrandissement secondaire à moyen terme.

Une sélection rigoureuse des patients et un suivi spécialisé à long terme sont nécessaires pour garantir le succès de cette chirurgie.

**> OBJECTIF**

L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité et la fiabilité des vidéos YouTube sur les déchirures périnéales obstétricales.

**> MATÉRIEL ET MÉTHODE D'ANALYSE**

Pour cette étude, seuls des mots-clés non techniques en anglais ont été utilisés afin de rester aussi proche que possible de la population internationale, soit six mots clés : « tearing birth », « perineal trauma », « perineal laceration », « perineal tear », « obstetrical anal sphincter injuries (OASIS) » et « vaginal tear ». Chaque vidéo répondant aux critères d'inclusion a été analysée par deux évaluateurs indépendants.

Les mesures quantitatives ont été relevées comme le nombre de vues, la durée de la vidéo, le nombre de commentaires, le nombre de « likes », le nombre de « dislikes » et la source de la vidéo.

Les mesures qualitatives ont été notées à l'aide de l'instrument validé DISCERN, qui permet d'évaluer la fiabilité des informations contenues dans les vidéos Youtube à l'aide de seize questions notées de façon croissante de 1 à 5. La somme des 16 questions est interprétée selon l'échelle suivante : si le score est compris entre 63 et 75, la fiabilité de la vidéo est considérée comme excellente, entre 51 et 62 comme bonne, entre 39 et 50 comme moyenne, entre 27 et 38 comme médiocre, et entre 26 et 16 comme très médiocre.

**> RÉSULTATS**

Au total, 51 vidéos ont été incluses. Le score global moyen de DISCERN entre les deux évaluateurs était de  $44,5 \pm 13,6$ , correspondant à une fiabilité moyenne. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux évaluateurs (43,4 contre 45,6 ;  $p = 0,4$ ). Le score DISCERN était statistiquement plus élevé dans les vidéos présentées par un médecin ( $p < 0,001$ ) et dans celles qui comprenaient une explication des symptômes ( $p < 0,001$ ).

**> CONCLUSION**

Notre étude est la première à évaluer la qualité et la fiabilité des vidéos Youtube sur les lésions périnéales obstétricales. Nous avons pu identifier les quatre meilleures vidéos en utilisant le score validé DISCERN.

Les vidéos YouTube sur les déchirures périnéales obstétricales n'ont été jugées que relativement fiables. A l'avenir, ces vidéos YouTube devraient être améliorées en utilisant un discours basé sur des preuves scientifiques tout en restant accessibles pour les patientes.

› **OBJECTIF**

La continence des patients neurologiques peut être difficile à obtenir, tout particulièrement chez les femmes. Deux techniques sont souvent proposées selon les pays, en fonction des restrictions réglementaires, mais jamais comparées l'une à l'autre : le sphincter urinaire artificiel (SUA) et les bandelettes sous urétrales aponévrotiques (BSUA). Nous avons décrit et analysé deux groupes de patients opérés selon ces deux techniques et leurs suites opératoires respectives.

› **MÉTHODE**

Nous avons mené une étude rétrospective, multicentrique, du 1er octobre 2014 au 31 mars 2023. Toutes les femmes avec vessie neurologique ayant eu une chirurgie pour SUA ou BSUA (cadavérique ou fascia lata autologue) ont été incluses. Les données cliniques provenant des dossiers médicaux comportaient : les caractéristiques initiales des patients, les évaluations pré et post opératoires, à 3 mois et à la date des dernières nouvelles des symptômes, les questionnaires (USP, ICIQ) et les données urodynamiques quand elles étaient disponibles.

› **RÉSULTATS**

Le groupe SUA (n=15) était plus âgé que le groupe BSUA (n=11) avec respectivement 40% de spina bifida et 63% de traumatisés médullaires. Le groupe SUA comprenait deux agrandissements iléaux et le groupe BSUA trois, avec également cinq poches d'Indiana. Dans les deux groupes les patients présentaient une incontinence urinaire mixte, avec une capacité vésicale fonctionnelle inférieure pour les BSUA. Nous n'avons pas retrouvé de différence de temps opératoire, pertes sanguines et durée de séjour. Seulement quatre complications Clavien I-II ont été rapportées, une explantation et une révision de SUA.

A trois mois, pour les SUA et les BSUA respectivement, un et quatre patients faisaient des auto-sondages, et trois patients avaient un cathéter à demeure dans le groupe BSUA. La durée de suivi médiane était de plus d'un an, avec un et sept patients aux auto-sondages et quatre cathéters à demeure dans le groupe BSUA.

› **CONCLUSION**

Le SUA et les BSU aponévrotiques sont deux techniques de choix chez la femme neurologique avec des résultats positifs sur la continence. L'indication reste complexe et d'autres études sont nécessaires pour évaluer les risques d'un cathéter à demeure.

Le polyacrylamide hydrogel (Bulkamid) est un agent comblant relativement récent qui pourrait avoir un meilleur profil de tolérance que les générations précédentes. L'objectif de cette étude était de rapporter notre expérience des injections péri-urétrales ambulatoires de Bulkamid sous anesthésie locale en consultation chez des patientes souffrant d'incontinence urinaire d'effort (IUE).

Les données de toutes les femmes ayant bénéficié d'injections péri-urétrales de Bulkamid sous anesthésie locale, en ambulatoire et en consultation dans un seul centre universitaire ont été collectées prospectivement entre novembre 2019 et août 2023. Cette option thérapeutique était proposée aux patientes qui présentaient une IUE si elles étaient âgées de > 80 ans et/ou présentaient de multiples comorbidités ou si elles refusaient toutes les autres options thérapeutiques.

Quatre-vingt-douze patients ont été inclus. L'âge moyen était de 78 ans (30-97). Vingt patients ont présenté des complications postopératoires (21%), dix-neuf étaient des complications Clavien 1, une seule complication était de Clavien = 4. Les sous-scores USP IUE et HAV ainsi que l'ICIQ-SF ont tous été significativement améliorés à 3 mois ( $p < 0,001$ ). L'EVA pour la coaptation urétrale, évaluée par le chirurgien à la fin de l'intervention, était le meilleur prédicteur des résultats postopératoires.

Les injections péri-urétrales de Bulkamid sont réalisables en ambulatoire en consultation en utilisant un protocole d'anesthésie locale simplifié avec une grande tolérance et des résultats fonctionnels similaires à ceux précédemment rapportés. Les injections ont un faible taux de complications et chaque complication a été relativement bien tolérée.

Ces options peuvent être d'une grande utilité pour les patientes fragiles et celles recherchant un traitement peu invasif. Le protocole d'anesthésie locale en consultation peut être particulièrement intéressant à l'heure actuelle où l'accès à la salle d'opération est difficile dans de nombreuses institutions. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

### > CONTEXTE

Le prolapsus des organes pelviens est une maladie débilitante courante dans le monde. Malgré le traitement, sa récurrence peut atteindre jusqu'à 30 %.

Il comporte de multiples facteurs de risque, dont certains sont particuliers aux contextes à faibles ressources. L'identification de ces facteurs permettrait d'élaborer des modèles de risque permettant le développement de politiques de prévention. L'objectif de cette étude était d'explorer les facteurs de risque de prolapsus des organes pelviens dans une population de l'est de la République Démocratique du Congo (RDC).

### > MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude cas-témoins menée entre janvier 2021 et janvier 2022. La taille de l'échantillon a été à 434 femmes (217 avec prolapsus comme cas et 217 sans prolapsus comme témoins). Les comparaisons de données ont été effectuées à l'aide des tests Chi carré et Student T. Des régressions logistiques binaires et multivariées ont été utilisées pour déterminer les facteurs associés. Un  $p < 0,05$  a été considéré comme significatif.

### > RÉSULTATS

Les variables identifiées comme prédicteurs définitifs du prolapsus des organes pelviens comprenaient un faible IMC ( $p = 0,004$ , aOR 2,991 IC 1,419-6,307), l'accouchement à domicile ( $p < 0,001$  aOR 6,102, IC 3,526-10,561), les antécédents familiaux de POP ( $p = 0,023$ , aOR 2,085, IC 1,107-3,924), celles qui n'ont pas bénéficié d'épisiotomie ( $p = 0$ , aOR 3,504, IC 2,031-6,048), taille  $\leq 150$  cm ( $p < 0,001$  aOR 5,328, IC 2,942-9,648) et antécédents d'accouchement des macrosomes ( $p = 0,018$ , aOR 1,929, IC 1,121-3,321).

### > CONCLUSION

Cette étude a identifié que l'indice de masse corporelle et les facteurs liés à la naissance sont des prédicteurs définitifs du prolapsus des organes pelviens dans un contexte à faibles ressources. Ces facteurs sont potentiellement modifiables et devraient être ciblés dans toute future politique de prévention du prolapsus des organes pelviens. De plus, il semble exister une prédisposition génétique au prolapsus, ce qui justifie une évaluation plus approfondie dans le cadre d'études à grande échelle spécialement conçues.

Mots-clés : pays à faible revenu ; prolapsus des organes pelviens ; facteurs de risque

**VENDREDI 14 JUIN**

**COMMUNICATIONS  
LIBRES  
CHIRURGICALES**

**14H30-16H00**

## **RECTOPEXIE VENTRALE PAR VOIE COELIOSCOPIQUE AVEC ASSISTANCE ROBOTIQUE POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES DU COMPARTIMENT PELVIEN POSTERIEUR**

**Alessandro Ferdinando RUFFOLO**

### **>OBJECTIF**

L'objectif de cette étude était d'évaluer la sécurité et l'efficacité du traitement par rectopexie ventrale par voie coelioscopique avec assistance robotique chez les femmes atteintes de troubles du compartiment pelvien postérieur.

### **>MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Il s'agit d'une étude rétrospective menée chez des femmes soumises à une rectopexie ventrale robotique (à l'aide du système chirurgical Da Vinci à quatre bras robotiques, Intuitive Surgical Inc., Sunnyvale, CA, USA) dans un contexte gynécologique entre septembre 2018 et mars 2023. Les femmes présentant des troubles du plancher pelvien postérieur, tels que le prolapsus de la paroi vaginale postérieure et/ou le syndrome de défécation obstructive, ont été évaluées physiquement en position de lithotomie à la fois au repos et pendant la poussée. L'évaluation préopératoire comprenait l'enregistrement des antécédents médicaux, des symptômes de dysfonction du plancher pelvien (protrusion vaginale, douleur pelvienne chronique, incontinence urinaire d'urgence-IUU, incontinence urinaire d'effort-IUE, symptômes de dysfonction mictionnelle, symptômes anorectaux). Toutes les patientes ont été soumises à un examen d'imagerie, tel qu'une défécographie ou une IRM pelvienne dynamique, pour identifier le type de trouble du plancher pelvien postérieur. Le degré de prolapsus vaginal a été enregistré selon le système de quantification du prolapsus des organes pelviens (POP-Q) décrit par l'Association internationale d'urogynécologie (IUGA), tandis que le degré de prolapsus rectal a été classé selon le système de classification du prolapsus d'Oxford. En même temps que la rectopexie, une sacrocolpopexie a été réalisée chez les femmes atteintes de prolapsus vaginale antérieur et/ou apical. La chirurgie a été réalisée selon la description de la rectopexie ventrale de D'Hoore. Lors du suivi postopératoire de 6 mois, les symptômes de dysfonction du plancher pelvien ont été enregistrés et un examen physique a été réalisé. Une récurrence de la paroi vaginale postérieure a été considérée comme un prolapsus de stade  $\geq$  II selon le système POP-Q. Les récurrences vaginales apicales/antérieures ont été définies comme un prolapsus de stade  $\geq$  II. Les complications péri- et postopératoires ont été évaluées selon la classification de Clavien-Dindo. Le critère de jugement principal de l'étude était d'évaluer les résultats anatomiques et fonctionnels anorectaux lors du suivi de 6 mois chez les femmes ayant subi une rectopexie ventrale robotique. Le critère de jugement secondaire de l'étude était l'évaluation des complications intra- et post-opératoires. L'autorisation du comité d'éthique institutionnel a été obtenue. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 26. Les résultats sont présentés sous forme de moyenne  $\pm$  écart pour les variables continues normalement distribuées, de médiane et plage pour les variables continues non normalement distribuées, et sous forme de nombre et pourcentage pour les variables catégorielles. Le test du chi-carré et le test exact de Fisher ont été adoptés pour comparer les variables catégorielles, le cas échéant. Les tests de McNemar et de Wilcoxon ont été utilisés pour déterminer les différences entre deux groupes liés, le cas échéant. Un  $p < 0.05$  a été considéré comme statistiquement significatif.

## ➤ RÉSULTATS

Trente-quatre femmes ayant subi une rectopexie ventrale laparoscopique assistée par robot pendant la période d'étude ont été incluses. Notamment, le 38.2 % (13/34) des patientes avaient subi au moins une intervention chirurgicale pour un prolapsus antérieur, et 41.2 % (14/34) avaient subi une hystérectomie totale préalable. En ce qui concerne l'indication chirurgicale principale pour la rectopexie ventrale, l'entéroccèle est apparue comme la première indication chirurgicale (15/34 ; 44.1 %), suivie du prolapsus rectal (12/34 ; 35.3 %) et de l'entéroccèle avec prolapsus rectal (7/34 ; 20.6 %). Concernant les interventions chirurgicales supplémentaires au moment de la rectopexie ventrale, 50 % des femmes (17/34) ont été soumises à la pose d'un filet antérieur pour un prolapsus des organes pelviens antérieurs/apicaux. Une conversion en laparotomie n'a été nécessaire que dans un cas en raison de l'impossibilité d'atteindre le promontoire en raison d'adhérences pelviennes-abdominales. Aucune complication peropératoire n'a été observée. En ce qui concerne les complications postopératoires, classées selon le système de classification de Clavien-Dindo, une patiente a présenté une exposition du filet vaginal, et une patiente a eu une hernie ombilicale. Lors du suivi à 6 mois, trois femmes présentaient une récurrence anatomique du prolapsus des organes pelviens, avec seulement un cas de récurrence du prolapsus de la paroi vaginale postérieure signalé. Dans l'ensemble, les symptômes anorectaux ont significativement diminué après la chirurgie (23/34 ; 67.6 % vs 12/34 ; 37.5 %,  $p = 0.007$ ). Individuellement, les manœuvres digitales périnéales ou vaginales pour aider la défécation (12/34 ; 35.3 % vs 0/34 ; 0 %,  $p = 0.002$ ) et la constipation (13/34 ; 38.2 % vs 3/34 ; 8.8 %,  $p = 0.08$ ) se sont améliorées de manière significative. L'incontinence anale (gaz ou fécale) s'est améliorée mais pas de manière significative (7/34 ; 20.6 % vs 5/34 ; 14.7 %,  $p > 0.05$ ). La douleur pelvienne chronique (12/34 ; 35.3 % vs 0/34 ; 0 %,  $p = 0.0002$ ) et le bombement vaginal (32/34 ; 94.1 % vs 3/34 ; 8.8 %,  $p < 0.0001$ ) se sont améliorés de manière significative.

Quatre patientes ont nécessité une réintervention. Une patiente a nécessité une réintervention immédiate en postopératoire pour une hernie ombilicale, tandis qu'une femme a été soumise à une promontofixation antérieure coelioscopique pour une récurrence du prolapsus apical/antérieur à 6 mois après la chirurgie, une femme à la résection partielle de l'exposition du filet vaginal à 2 mois après la chirurgie, et une autre femme à la résection de la bandelette sous-urétrale pour dysfonctionnement urinaire au suivi de 3 mois.

## ➤ CONCLUSION

Dans les cas de troubles du plancher pelvien, une approche multidisciplinaire est devenue cruciale pour fournir le meilleur traitement et, en cas d'indication chirurgicale, une sélection optimale du type de chirurgie. L'étude actuelle a montré que la rectopexie ventrale coelioscopique assistée par robot est sûre et efficace chez les femmes atteintes de troubles symptomatiques du compartiment pelvien postérieur. Plusieurs études ont montré que l'évaluation du prolapsus multi-compartimental est cruciale pour planifier la stratégie chirurgicale adéquate, avec l'avantage de traiter tous les compartiments en même temps lors de la même intervention chirurgicale. De plus, à notre connaissance, cette étude est la première à viser à évaluer la rectopexie ventrale même pour une indication gynécologique exclusive telle que l'entéroccèle. Les résultats fonctionnels de notre étude sont encourageants. En effet, le taux global des symptômes anorectaux s'est nettement amélioré lors du suivi, ce qui est conforme aux études précédentes. Notamment, tous les symptômes anorectaux ont diminué lors du suivi, mais seuls les taux de diminution de la constipation et des manœuvres anales et périnéales ont atteint une signification statistique. La rectopexie ventrale robotique est une technique sûre. En effet, seules deux complications postopératoires liées à la procédure et nécessitant une chirurgie ont été observées. Le faible taux d'exposition de la maille est lié à l'approche coelioscopique abdominale sans colpotomie. En effet, dans un seul cas, nous avons eu l'exposition vaginale du matériel de la prothèse, qui a été facilement traitée par une résection vaginale partielle de la maille. On peut conclure que la rectopexie ventrale coelioscopique avec assistance robotique s'est avérée être sûre et efficace pour les femmes souffrant de troubles du plancher pelvien postérieur, offrant des résultats anatomiques et fonctionnels optimaux. Des études contrôlées prospectives à plus grande échelle et à plus long terme sont nécessaires pour confirmer ces résultats préliminaires.

### > INTRODUCTION

Le taux de réintervention sur les sphincters urinaires artificiels (SUA) avoisine 25 % chez les hommes, et les résultats en termes de survie se dégradent en cas de réimplantation après érosion urétrale ou infection. Plusieurs facteurs de risque de fragilisation urétrale ont été identifiés par le passé et pourraient grever le résultat d'une réimplantation. Le but de cette étude était d'évaluer les résultats fonctionnels et de survie de l'implantation d'un troisième SUA après deux précédentes explantations.

### > MATÉRIELS ET MÉTHODES

Les dossiers de tous les patients implantés d'un troisième SUA entre 2006 et 2023 dans 7 CHU français ont été revus rétrospectivement et inclus dans l'étude. Les différentes reprises chirurgicales devaient concerner au minimum la manchette (à l'exclusion des révisions des autres éléments du SUA). Le critère de jugement principal était l'étude de la survie du 3<sup>ème</sup> SUA. Les critères de jugement secondaires étaient les résultats fonctionnels à 6 mois du 3<sup>ème</sup> SUA, au dernier suivi du 3<sup>ème</sup> SUA, et au dernier suivi global (après l'éventuelle implantation d'un 4<sup>ème</sup>, voire d'un 5<sup>ème</sup> SUA), ainsi que les réopérations.

### > RÉSULTATS

Soixante-quinze patients ont été inclus. La taille médiane de manchette était 45 mm (min-max : 35-80), l'implantation était bulbair dans 76,1% des cas, avec une voie trans-caverneuse dans 16,9% des cas. Les complications précoces ont concerné 16,7% patients (11/72), dont 5 complications Clavien 3 (6,9%).

Après un suivi médian de 11 mois (1-122), 28 explantations ont été nécessaires (37,3%). Le taux de survie à 5 ans était de 34,8% (voir courbe de survie). Le seul facteur de risque significatif identifié pour l'explantation était la consommation de tabac, mais l'IMC et un score ASA>2 étaient proches de la significativité.

A 6 mois, 66,2% des patients présentaient une continence sociale (0-1 protection par jour), 10,8% étaient améliorés, et 23% étaient en échec. Au dernier suivi des 3<sup>ème</sup> SUA, ces chiffres passaient à 40%, 5,3% et 54,7% respectivement. Cependant, au dernier suivi global (médiane 12 mois, 1-183), les résultats étaient de 54,8%, 9,6% et 35,6% de patient ayant une continence sociale, améliorés et en échec respectivement, 23 patients ayant été implantés d'un 4<sup>ème</sup> ou d'un 5<sup>ème</sup> SUA.

### > CONCLUSION

Les résultats des troisièmes SUA sont nettement inférieurs à ceux d'une primo-implantation : leur survie et leur efficacité sur l'incontinence sont environ moitié moins bons que ce qui est décrit dans la littérature. Cependant, un 3<sup>ème</sup> SUA pourrait être acceptable pour des patients motivés chez qui les options thérapeutiques viennent à manquer. La sélection des bons candidats et leur information seront les principaux défis, les facteurs de risque que nous avons identifiés ne concernant que les patients, et non la chirurgie en elle-même.

› **OBJECTIF**

La fixation du ligament sacro-épineux (FLSE) a retrouvé une place prépondérante dans le traitement du prolapsus vaginal apical suite à l'interdiction par la FDA de l'utilisation de prothèses vaginales. La FLSE a été décrite pour la première fois comme une procédure d'approche postérieure chez les femmes ayant subi une hystérectomie. Depuis, la technique a évolué et différentes variantes existent. Celles-ci incluent la possibilité de conservation utérine, des approches antérieures ou postérieures, l'utilisation de sutures résorbables ou non résorbables, et la fixation ligamentaire unilatérale ou bilatérale.

L'étude visait à explorer les préférences actuelles des membres de l'EUGA (European Urogynecological Association) concernant la voie d'abord et la technique de la FLSE.

› **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Il s'agissait d'une enquête en ligne auprès des membres de l'EUGA réalisée en avril 2023. L'enquête comprenait 18 questions portant sur les profils des membres, leurs méthodes chirurgicales pour la FLSE, ainsi que les raisonnements derrière leurs choix.

› **RÉSULTATS**

Au total, 71 (14,7 %) des 482 membres ont répondu. Parmi eux, 51 % avaient plus de 15 ans d'expérience. La majorité travaillait dans des hôpitaux publics dans des pays d'Europe centrale (37 %) et occidentale (28 %). L'hystérectomie était considérée comme routinière pour 14 % et 77 % préféraient une approche postérieure, mais cela variait selon le compartiment affecté. La fixation unilatérale et bilatérale étaient les approches préférées respectivement par 73 % et 21 % des répondants. Les répondants utilisaient des sutures monofilament (non résorbables par 56 % et résorbables par 35 % des répondants) pour la fixation et 87 % utilisaient un dispositif pour ce faire.

› **CONCLUSION**

L'approche postérieure, la préservation de l'utérus et l'utilisation d'une suture monofilament non résorbable aidée d'un dispositif de capture/ancrage sont les options de fixation du ligament sacro-épineux préférées par les membres de l'EUGA qui ont répondu à notre enquête. Cependant, les choix des chirurgiens semblaient varier selon le(s) compartiment(s) affecté(s) et il faut souligner que la moitié ne sont pas familiers avec l'approche antérieure.

## AMÉLIORER LA COMPRÉHENSION DE L'INNERVATION UTÉRINE DANS L'ÉTUDE DES PATHOLOGIES PELVIENNES BÉNIGNES COMME L'ENDOMÉTRIOSE

**Léa ROUX**

Chu Rennes - Rennes (France)

### › INTRODUCTION / OBJECTIFS

L'innervation utérine joue un rôle clé dans les mécanismes de la douleur liés à des pathologies pelviennes bénignes telles que l'endométriose et l'adénomyose. Cette étude se concentre sur l'examen détaillé de l'innervation utérine, à la fois normale et pathologique, chez les femmes souffrant de pathologies gynécologiques bénignes douloureuses. Nous employons une technique novatrice de dissection assistée par ordinateur (DAAO) pour cette analyse.

### › MATÉRIEL

Des échantillons de pièces d'hystérectomie ont été prélevés, fixés en formol à 4% et inclus en paraffine. Des coupes de 4 microns ont été réalisées pour identifier divers types de fibres nerveuses dans différentes couches et portions de l'utérus à travers des techniques d'immunomarquage, incluant des marqueurs de l'innervation sympathique, parasymphatique, somatique, sensitif, sexuel érectile et vasodilatateur, et d'immunofluorescence. L'analyse automatisée par intelligence artificielle via le logiciel QuPath a offert une quantification objective des pourcentages de nerfs par zones.

### › PATIENTES

L'étude inclut des patientes malades, ayant subi une hystérectomie pour endométriose ou adénomyose, associée à des douleurs pelviennes ; et des patientes témoins en état de mort encéphalique éligible au don d'organe dans le cadre de l'étude PUPOTU. Les données recueillies comprennent les données cliniques, les antécédents médicaux et chirurgicaux, la qualité de vie, et les symptômes de douleur pelvienne évalués à l'aide de questionnaires spécifiques (ENDOPAIN 4D, CONVERGENCE PP, DN4, SF36, GICLI, FSFI, ICIQ) pour les patientes malades.

### › RÉSULTATS / CONCLUSION

L'application de la technique DAAO s'est avérée faisable et a permis une analyse qualitative et quantitative. Nos résultats initiaux montrent l'innervation spécifique utérine chez ces patientes ayant des douleurs pelviennes associées à l'endométriose et à l'adénomyose, en comparaison avec les patientes témoins. Cette étude ouvre de nouvelles perspectives pour comprendre les mécanismes sous-jacents de la douleur pelvienne et pourrait avoir un impact significatif sur le développement de stratégies thérapeutiques futures.

**UTILISATION DU SPHINCTER ARTIFICIEL URINAIRE CHEZ LA FEMME EN EUROPE : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DE L'ÉTUDE VENUS**

**Benoit PEYRONNET, Emmanuel CHARTIER-KASTLER, Luis LOPEZ-FANDO, Marie-Aimée PERROUIN-VERBE, Laurent WAGNER, Karl-Dietrich SIEVERT, Gilles KARSENTY, Xavier BIARDEAU, Nikesh THIRUCHELVAM, Frank VAN DER AA**

*Université De Rennes, France - Sorbonne Université, Paris, France - Hopsital La Princesa, Madrid, Espagne - Université De Nantes, France - Université De Nimes, France - Klinikum Lippe, Allemagne - Hôpital La Conception, France - Université De Lille, France - Cambridge University, Royaume-Uni - Université De Louvain, Belgique*

**> INTRODUCTION**

Le sphincter urinaire artificiel(SUA)est l'une des options chirurgicales qui peuvent être proposées aux patientes souffrant d'incontinence urinaire d'effort (IUE) par insuffisance sphinctériennes. Cependant, il n'existe pas de données de haut niveau de preuve pour étayer son utilisation. L'objectif de l'étude VENUS était d'évaluer de manière prospective les résultats de l'implantation du SUA chez la femme. La présente analyse a pour but de présenter les caractéristiques des patientes incluses dans l'étude VENUS afin d'évaluer l'utilisation actuelle du SUA chez la femme dans les centres experts en Europe.

**> MÉTHODES UTILISÉES**

L'étude VENUS est un registre prospectif de la Fondation pour la recherche de l'EAU (EAU-Rf) incluant toutes les patientes ayant subi un traitement chirurgical par implantation de SUA (robot-assistée, laparoscopique, ouverte ou autre) pour le traitement d'une IUE par insuffisance sphinctérienne dans plusieurs centres en Europe. L'IUE par insuffisance sphinctérienne était définie par un test à la toux positif, un urètre peu mobile/fixe à l'examen physique et des coarçlements tels qu'une faible pression de cloture urétrale maximale ou abdominal Leak point pressure, une incontinence sévère et/ou l'échec d'une procédure chirurgicale de traitement de l'IUE antérieure. La présente analyse s'est concentrée sur les caractéristiques des patientes et les approches chirurgicales. Le calcul de la puissance statistique a permis de déterminer que 150 patients devaient être recrutées.

**> RÉSULTATS**

En octobre 2023, 142 patients avaient été inclus dans 16 institutions de cinq pays (France, Espagne, Belgique, Grande-Bretagne, Allemagne). L'âge médian était de 64,8 ans et la grande majorité des patients avait déjà subi au moins une intervention chirurgicale pour IUE (88%). Huit patientes présentaient une IUE neurologique (5,6 %) et sept une IUE post-traumatique (4,9 %). À l'examen physique, 82 patients ont été considérés comme ayant un urètre fixe (67,2 %). Un examen urodynamique a été réalisé avant l'implantation dans 122 cas (85,9 %). La pression de cloture uretrale maximale était en moyenne de 28,2 cmH2O et l'abdominal leak point pressure moyenne était de 16,3 cmH2O.

**> CONCLUSION**

Les patients inclus dans l'étude VENUS, le registre prospectif de l'EAU-Rf sur le SUA chez la femme, sont similaires à ceux rapportés dans les séries rétrospectives existantes. Dans les centres experts d'Europe, le SUA est principalement utilisée chez les patientes présentant une IUE persistante ou récidivée après une ou plusieurs chirurgies de l'IUE antérieures, un urètre fixe à l'examen physique et une faibel pression de cloture urétrale maximale ou abdominal leak point pressure

**EVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE D'UN DÉBITMÈTRE ÉLECTRONIQUE (FLOW CLEAN UROFLOWTOILET, UROSCIENCES®) INSTALLÉ DANS LE SECTEUR TECHNIQUE D'UN SERVICE UNIVERSITAIRE D'UROLOGIE**

**Margaux FELBER, Ugo PINAR, Emmanuel CHARTIER-KASTLER, Barnabé FRON**  
*Hopital Pitié Salpêtrière, France*

**› INTRODUCTION**

Le débitmètre est un outil essentiel pour l'urologie fonctionnelle. Sa maintenance peut être chronophage et donc un frein à son utilisation, surtout lorsque les personnels de santé viennent à manquer. Nous avons réalisé l'évaluation de l'utilisation en conditions de vie réelles d'un débitmètre électronique nouvellement installé dans un secteur technique d'urologie.

**› MÉTHODES**

Nous avons analysé toutes les débitmétries depuis l'installation en septembre 2022 et mars 2023 réalisées avec Flow clean uroflowtoilet (urosciences®). L'appareil fonctionne comme des toilettes normales avec chasse d'eau intégrée. Les données ont été recueillies prospectivement par télémetrie : débit maximum (Qmax), durée de la miction (sec.), volume mictionnel total, nombre de débitmétries réalisées par jour. Les coûts d'achat (prix de l'appareil et de l'installation), et les durées d'entretien journaliers (après chaque patient et en fin de journée).

Ces données ont été comparés avec ceux d'un débitmètre classique type balance.

**› RÉSULTATS**

Au total, 1529 débitmétries ont été réalisées avec 1132 (74,0%) mesures correctes, 207 (13,5%) mesures arrêtées par le patient, 184 (12,0%) erreurs de mesures (données aberrantes), 4 (0,5%) erreurs de connexion. Le débit maximal moyen (SD) était de 13.4mL/s (4.2), le volume moyen (SD) des mictions était de 439mL (196), la durée moyenne (SD) des mictions était de 29s (13.8). Le coût d'achat du débitmètre était de 53 213€ (30 738€ pour l'appareil, 21 186€ pour le matériel et logiciel et 1 289€ pour l'installation) alors que celui d'un débitmètre classique était de 12 443€ (8 000 € pour l'appareil, 3 429€ pour le matériel et logiciel, 250€ pour la batterie, 400€ pour l'entonnoir et le récipient, 364€ pour l'installation).

L'entretien du Flow clean uroflowtoilet prend 1 minute entre chaque patient (nettoyage de la lunette) et 2 minutes en fin de journée. En revanche pour un débitmètre classique cela prend 7 minutes entre chaque patient (nettoyage de la lunette, vidange et nettoyage du récipient, nettoyage du sol autour du récipient) et 8 minutes en fin de journée.

**› CONCLUSION**

Le nouveau débitmètre électronique permet de réaliser des mesures correctes et fiables. Il nécessite un gros investissement financier à l'achat qui semblerait être amorti par des coûts d'entretien faibles et une facilité d'entretien.

## ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ D'UN DISPOSITIF D'ANCRAGE POUR LA FIXATION DU LIGAMENT SACRO-ÉPINEUX : UNE ÉTUDE PILOTE CAS-TÉMOINS

**Charlotte DELACROIX, Nikolaos EVANGELOPOULOS, Syad ABDIRAHMAN, Renaud DE TAYRAC**  
Chu Nîmes, France

### › BUT

La fixation du ligament sacro-épineux (FLSE) est une technique chirurgicale répandue pour le traitement du prolapsus apical. L'utilisation de dispositifs de capture de sutures (DCS), ou plus récemment de dispositifs à base d'ancrage (DBA), s'avère utile pour une approche postérieure mais d'autant plus pour une approche antérieure. L'objectif de notre étude était d'évaluer la sécurité du DBA, récemment introduit dans notre unité, par rapport au DCS traditionnellement utilisé.

### › MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude pilote cas-témoins incluant 40 patientes ayant bénéficié d'une FLSE, dont 20 avaient eu la procédure avec l'aide du DBA et 20 avec le DCS, sur une durée approximativement identique. Les principaux critères de sécurité de cette étude pilote étaient les scores de douleur postopératoire rapportés par les patientes et le taux de complications périopératoires.

### › RÉSULTATS

Les caractéristiques des populations étaient similaires. Les scores moyens de douleur postopératoire ne différaient significativement que le premier jour postopératoire, en faveur du DCS (3,40 [2,60] contre 1,60 [1,64],  $p=0,013$ ). Le score de douleur le plus élevé moyen était similaire dans les deux groupes. Les taux de complications périopératoires étaient faibles et comparables entre les deux groupes. Selon le POPQ lors du suivi à 6 semaines, le point médian Ba était meilleur dans le groupe DBA et cette différence était significative (-3,00 [-3,00 ; -2,25] vs. -2,00 [-3,00 ; -1,50] ;  $p=0,03$ ).

### › CONCLUSION

Le dispositif à base d'ancrage pour la fixation du ligament sacro-spinal semble avoir un profil de sécurité comparable à celui des dispositifs de capture de sutures traditionnellement utilisés.

**EFFICACITÉ DE LA NEUROSTIMULATION TIBIALE POSTÉRIEURE DANS L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE DE L'ENFANT**

**Nada KYAL, Hasnaa BOUTALJA, Mouad YAZIDI, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI**  
Service De Médecine Physique Et Réadaptation-Chu Ibn Rochd, Maroc

**> BUT**

La neurostimulation tibiale postérieure transcutanée (NTPT) a montré son efficacité dans le traitement du syndrome d'hyperactivité vésicale (HAV).

Le but de cette étude était de mettre en évidence l'efficacité de la NTPT par l'amélioration de certains paramètres concernant l'HAV chez une population pédiatrique.

**> MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Une étude prospective monocentrique concernait 35 enfants traités par NTPT pour le syndrome d'hyperactivité vésicale non neurogène réfractaire au traitement médical et rééducatif.

Le traitement instauré consistait en une séance quotidienne de NTPT de 20 min (5 fois par semaine, fréquence 10 Hz). Les paramètres évalués étaient les données du calendrier mictionnel sur 3 jours et de la débitmétrie. L'efficacité de la NTPT a été évaluée à court (1 mois) et à moyen terme (6 mois).

**> RÉSULTATS**

35 enfants ont été colligés (21 filles, 14 garçons). L'âge moyen était de  $11.4 \pm 2.6$ . Tous les patients présentaient un syndrome d'HAV pour lequel ils ont bénéficié d'une échographie vésico rénale et d'une évaluation urodynamique qui n'a pas retrouvé d'hyperactivité détrusorienne à la cystomanométrie. Un calendrier mictionnel sur 3 jours a été rempli. La durée moyenne de NTPT était de 5 mois. 4 enfants ont été perdus de vue. L'évaluation à 1 mois montrait une amélioration des paramètres du calendrier mictionnel et de la débitmétrie. L'évaluation à 6 mois retrouvait une disparition du syndrome d'HAV chez 19 enfants, tandis que 34.3% gardait une pollakiurie et une urtérurie sans fuites urinaires.

**> CONCLUSION**

La NTPT constitue une option thérapeutique intéressante pour la gestion du syndrome d'HAV hors vessie neurologique du fait de son caractère non invasif et facile à manipuler.

## ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES FEMMES SOUFFRANT D'INCONTINENCE URINAIRE

**Mouad YAZIDI, Abdelhakim KABIL, Rime DADES, Hasnaa BOUTALJA, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI**

*Chu Ibn Rochd, Maroc*

### ► INTRODUCTION

La coxarthrose est à l'origine d'une limitation des mouvements de l'articulation de la hanche, cette limitation peut affecter la qualité de l'activité sexuelle des patients. La vie sexuelle étant une composante importante de la qualité de vie, est cependant souvent négligée chez les patients souffrant de coxarthrose. L'objectif de ce travail était d'étudier la qualité de la vie sexuelle (QSL) des patientes porteuses de double arthroplastie de la hanche.

### ► MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons réalisés une étude rétrospective incluant 23 patientes actives sexuellement ayant subi une arthroplastie totale bilatérale de la hanche à deux étapes, suivie au service de médecine physique et réadaptation au CHU Ibn Rochd entre janvier 2021 et Décembre 2023. Chaque patient a été évalué 12 mois après la dernière arthroplastie à l'aide du questionnaire Sexual quality of life-female (SQOL-F) contenant des questions concernant la satisfaction sexuelle.

### ► RÉSULTATS

Toutes les patientes étaient sexuellement actifs avant la double arthroplastie, avec un âge moyen de 49.3 ans. L'indication de la double PTH était dominée par les coxarthroses secondaires avec une PR chez 12 patientes, une SPA chez 9 patientes, et une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale chez 2 patientes, avec un intervalle moyen de 6.92 mois entre les 2 interventions. Toutes les participantes pensaient que leur vie sexuelle était affectée avant l'opération. En outre. Vingt personnes ont déclaré que leur vie sexuelle s'était améliorée, tandis que 3 personnes ont déclaré qu'il n'y avait pas eu de changement. Aucun patient n'a déclaré une dégradation de leur activité sexuelle après l'arthroplastie de la hanche. La fréquence des rapports sexuels a été augmentée après la PTH significativement 87% des patientes

### ► DISCUSSION

Dans notre étude, nous avons évalué les limitations sexuelles et la qualité de vie sexuelle après l'arthroplastie totale de la hanche en comparaison avec les difficultés rapportées en préopératoire. En raison de l'amplitude de mouvement améliorée et de l'indolence obtenue chez les patientes après l'opération, la fréquence des rapports sexuels a augmenté et la qualité de vie sexuelle a atteint un niveau satisfaisant. Il a été constaté que les difficultés sexuelles étaient plus fréquentes et plus sévères chez les femmes suivies pour coxarthrose avant l'arthroplastie en raison de la douleur et de la raideur de l'articulation de la hanche, et que la fréquence des problèmes conjugaux rencontrés était proportionnelle à l'importance des difficultés sexuelles.

### ► CONCLUSION

Les difficultés sexuelles ne doivent pas être marginalisées, mais doivent être évaluées avant et après l'opération. Une éducation doit être proposée aux patientes opérées pour arthroplastie de la hanche concernant Le délai de reprise de l'activité sexuelle, les positions sexuelles sûres qui n'affectent pas leur condition, ainsi que l'effet bénéfique présumée sur la qualité de leurs vies sexuelles. C'est le rôle d'une équipe pluridisciplinaire : chirurgien, kinésithérapeute et physiothérapeute, qui doit fournir des informations claires.

**EVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE SEXUELLE CHEZ LES FEMMES PORTEUSES DE DOUBLE ARTHROPLASTIE DE LA HANCHE****Mouad YAZIDI, Abdelhakim KABIL, Rime DADES, Hasnaa BOUTALJA, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI***Chu Ibn Rochd, Maroc***› INTRODUCTION ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

La fuite urinaire entraîne plusieurs répercussions sur la qualité de vie des femmes adultes, notamment sur leur état émotionnel et leurs relations sexuelles. Étant donné que l'incontinence urinaire est liée à des parties du corps cachées par les vêtements et à la sexualité, elle reste un tabou dans les sociétés occidentales, associée à des mythes et à des restrictions sociales. En effet, les femmes choisissent souvent de ne pas quitter leur domicile par peur et honte de perdre de l'urine en public, se sentant mouillées et malodorantes, et craignant de ne pas trouver de toilettes lorsqu'elles ont besoin de se changer ou de changer leurs protections. En conséquence, plusieurs femmes souffrant d'incontinence urinaire évitent de se rendre à des fêtes, des longs trajets, d'aller à l'église et de participer à des activités physiques telles que la marche, la course, le jeu et la danse. L'objectif de notre étude est d'évaluer la qualité de vie des femmes souffrant d'incontinence urinaire.

**› MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Entre 2022 et 2023, nous avons analysé rétrospectivement un total de 80 femmes souffrant d'incontinence urinaire, en utilisant l'échelle Ditrovie, le formulaire court ICIQ-UI et le score Contilife.

**› RÉSULTATS**

Les résultats ont montré que les femmes souffrant d'une IU sévère signalent une plus grande altération de la qualité de vie, ce qui signifie que la gravité de la perte d'urine est associée à une diminution de la qualité de vie. La gravité de l'IU peut conduire les femmes à ressentir de l'anxiété, de l'irritabilité et un plus grand besoin d'exprimer leurs émotions.

**› CONCLUSION**

Ces résultats suggèrent la nécessité d'une intervention psychologique pour réduire la souffrance associée à l'IU ainsi que sa gravité et son impact chez cette population. Il est également important de démystifier le problème de l'incontinence urinaire grâce à des stratégies de promotion de la santé qui informent les femmes sur cette condition. Moins d'un tiers des femmes souffrant d'incontinence rechercheront une aide médicale, soulignant ainsi le besoin d'éducation concernant les stratégies d'adaptation. De plus, selon les résultats de la présente étude, l'intervention psychologique devrait être incluse dans le traitement de l'incontinence urinaire, étant donné l'importance des variables psychologiques sur la qualité de vie, en particulier le rôle médiateur de la souffrance.

## LES FREINS À LA PRISE EN CHARGE GÉNITO-SEXUELLE ET PROCRÉATIVE DES PATIENTS BLESSÉS MÉDULLAIRES TRAUMATIQUES À LA MARTINIQUE - ETUDE RÉTROSPECTIVE DESCRIPTIVE DE 2012 À 2022

**Manuella MARCELIN**

*Martinique*

### › INTRODUCTION

La prise en charge en réadaptation des patients blessés médullaires traumatiques a permis de prévenir et de traiter les complications liées aux perturbations physiologiques brutales qu'entraînent les lésions du rachis. Les protocoles de soin impliquent l'évaluation et le traitement précoces des problématiques génito-sexuelles et procréatives. Cependant à la Martinique, les services de médecine physique et de réadaptation n'incluent pas de manière systématique la sexualité dans le parcours de soins.

### › OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les freins à la prise en charge génito-sexuelle et procréative des patients blessés médullaires traumatiques à la Martinique.

### › MÉTHODE

Dans cette étude rétrospective descriptive, les patients ont été recrutés à partir des fichiers du programme de médicalisation des systèmes d'information du Centre Universitaire de la Martinique et du Centre Hospitalier Nord Caraïbe de 2012 à 2022. Les diagnostics CIM10 relatifs à la lésion médullaire traumatique ont été le critère d'inclusion principal. Au regard de la littérature scientifique, le critère principal de jugement fut le suivi génito-sexuel en urologie et en gynécologie. De plus, afin de tenir compte des facteurs organisationnels et humains, un questionnaire a été adressé aux professionnels de santé des services référents.

### › RÉSULTATS

L'âge moyen des patients est de 27,8 ans, le sex-ratio est de 4,78. Les accidents de la voie publique (moto ou voiture) sont la principale cause de lésion médullaire traumatique à la Martinique. Dans la population étudiée, on comptabilise 54,32 % de tétraplégies contre 46,9% de paraplégies. Les actes en lien avec la prise en charge génito-sexuelle et procréative sont peu nombreux. Le personnel de santé verbalise l'absence de protocoles de soin et de référent.

### › CONCLUSION

Ce travail de recherche met en lumière les limites du parcours de soin génito-sexuel et procréatif des patients blessés médullaires traumatiques à la Martinique. Il tente d'identifier les freins en vue d'aider à développer des stratégies de réadaptation thérapeutique globale.

**INCONTINENCE ANALE POST-PARTUM CHEZ LES FEMMES PRÉSENTANT OU NON DES LÉSIONS OBSTÉTRICALES DU SPHINCTER ANALAL**

**Hasnaa BOUTALJA, Nada KYAL, Hakim BOURRA, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI**  
Service De Médecine Physique Et Réadaptation - Casablanca (Morocco)

**› INTRODUCTION**

L'incontinence fécale du post-partum est fréquente et pénible pour les femmes. Nous avons cherché à étudier la prévalence de l'incontinence anale chez les femmes ayant subi des lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) par rapport aux femmes qui n'en ont pas subi, ainsi que les facteurs à l'origine de ces symptômes pendant la période du post-partum.

**› PATIENTS ET MÉTHODES**

Au total, 161 femmes primipares ayant subi une LOSA ont été comparées à 163 femmes témoins. Elles ont été contactées 10 semaines après l'accouchement pour obtenir des informations sur leurs symptômes d'incontinence anale (IA). Les données ont fait l'objet d'une analyse univariée et multivariée.

**› RÉSULTATS**

Il n'y avait pas de différence dans la prévalence des symptômes de l'IA, qui se produisait chez 34 % des femmes souffrant de LOSA et chez 25 % des femmes n'en souffrant pas à 10 semaines post-partum ; cependant, chez les femmes présentant des déchirures de haut degré, la prévalence était de 61 %. La LOSA sévère (grade 3c et 4) a été associée à une prévalence accrue de l'IA et de l'IA sévère, tandis que l'accouchement par forceps et l'augmentation de l'âge maternel ont été associés à une prévalence importante de l'IA sévère uniquement.

**› DISCUSSION - CONCLUSION**

La prévalence de l'IA n'est pas plus élevée chez les femmes souffrant d'une LOSA moins grave (grade 3a et 3b) que chez les femmes ne souffrant pas de LOSA pendant la période postnatale. Les déchirures de grade supérieur (3c et 4), l'accouchement par forceps et l'augmentation de l'âge maternel sont associés à des taux plus élevés d'IA. Ces facteurs doivent être évités dans la mesure du possible afin de réduire l'IA post-partum. Toutes les femmes doivent être averties du fait que 25 à 34 % d'entre elles risquent de souffrir d'une légère IA pendant cette période. La question de savoir si ces symptômes sont transitoires ou durables doit faire l'objet d'un examen plus approfondi.

# NOS PARTENAIRES

## PARTENAIRES GOLD



## PARTENAIRE SILVER



## PARTENAIRES BRONZE



## AUTRES PARTENAIRES



# Medtronic

Engineering the extraordinary\*

\* Concevoir l'extra-ordinaire

## Symposium Medtronic

Innovation dans la neuromodulation sacrée  
avec le Pr. Peyronnet



### Speaker

Pr. Benoît Peyronnet - *CHU de Rennes*



### Topics

Interstim X - Le nouveau système non rechargeable et son impact sur l'environnement de la thérapie



Medtronic France S.A.S.  
9, boulevard Romain Rolland  
75014 Paris  
Tél. : 01 55 38 17 00  
Fax : 01 55 38 18 00  
RCS Paris 722 008 232

[www.medtronic.fr](http://www.medtronic.fr)

Réservé aux professionnels de santé.

2024-sifud\_annonce-sympo-fr-emea-12800435  
© Medtronic France 2024.  
Tous droits réservés. Crédit photo : Medtronic.  
Création avril 2024.

Jeudi  
13 juin 2024

18h30 - 19h15  
Dans l'amphithéâtre



Découvrez  
GentleCath Air™  
pour Femme,  
une sonde compacte  
et élégante pour  
un sondage doux  
et confortable<sup>1,2</sup>.

Technologie  
FeelClean™

Étui recyclable

NOUVELLE  
VERSION

Retrouvez-nous  
pour plus d'information  
au stand n° 26



convatec

GentleCathAir™

avec la Technologie FeelClean™

1. GentleCath Air for Women 2.0 Product claims table, DHF1125, Convatec [2023]. Données internes - 2. Pollard D, Allen D, Irwin N J, Moore J V, McClelland N, McCoy C P. Evaluation of an Integrated Amphiphilic Surfactant as an Alternative to Traditional Polyvinylpyrrolidone Coatings for Hydrophilic Intermittent Urinary Catheters. Biotribology, 2022;32(déc. 2022):100223. Les produits de la gamme GentleCath Air™ sont des dispositifs médicaux de classe I stérile (CE2797), fabriqués par Convatec. Ils sont destinés à la vidange régulière de la vessie par sondage urinaire intermittent. Les produits de la gamme GentleCath Air™ sont remboursables par la Sécurité Sociale au titre Ier, chapitre I, section 4, sous-section 1 de la LPPH pour le recueil ou le drainage des urines et des selles. Lire attentivement la notice d'instruction du produit avant utilisation. Laboratoires Convatec, société par action simplifiée (SAS) au capital social de 40 000€ - siège social - 89, boulevard National - 92250 La Garenne-Colombes - R.C.S. NANTERRE B 318 209 251 - SIREN 318 209 251-CODE NAF : 4646Z - N°TVA Intracommunautaire : FR 34 318 209 251 © 2024 Convatec. ®/™ indique une marque d'une société du groupe Convatec. Avril 2024