
Accueil (/)/ Conduite à tenir face à une complication infectieuse grave d'une bandelette sous-urétrale transobturatrice : à propos de 2 cas

RETOUR**10 DÉCEMBRE 2005****Mots clés :** TVT, Infection, bandelette sous-urétrale.**Auteurs :** AL NAKIB M., GARCIA G., BASTIDE C., TOMATIS L., RAGNI E., ROSSI**Référence :** Prog Urol, 2005, 15, 707-709

La bandelette sous urétrale TVT a connu un succès immense depuis son invention en 1995. En 2001 une nouvelle voie d'abord chirurgicale a été présentée : la voie trans-obturatrice. Au changement de la voie d'abord s'est alors ajouté un changement de qualité des bandelettes avec une multiplication de l'offre. Nous présentons ici 2 cas d'abcès du trou obturateur en relation avec la pose d'une bandelette sous urétrale de type Uratape, survenus à distance du geste et ayant nécessité pour la guérison l'ablation totale de la bandelette. Nous préconisons afin d'éviter de telles infections un choix judicieux de la bandelette, celle-ci devant être en polypropylène mono filament tricoté à mailles larges. En cas d'érosion vaginale, même asymptomatique, nous suggérons son ablation la plus précoce possible, avec son retrait en intégralité avec abord du trou obturateur si nécessaire.

OBSERVATIONS

Nous présentons ici 2 cas d'abcès du trou obturateur en relation avec la pose d'une bandelette sous urétrale de type Uratape, survenus à distance du geste. Trois cas d'infection grave du trou obturateur ont déjà été rapportés dans la littérature, dont 2 avec Uratape. Nous discuterons des critères de choix du matériel et de l'attitude à adopter face à de telles infections.

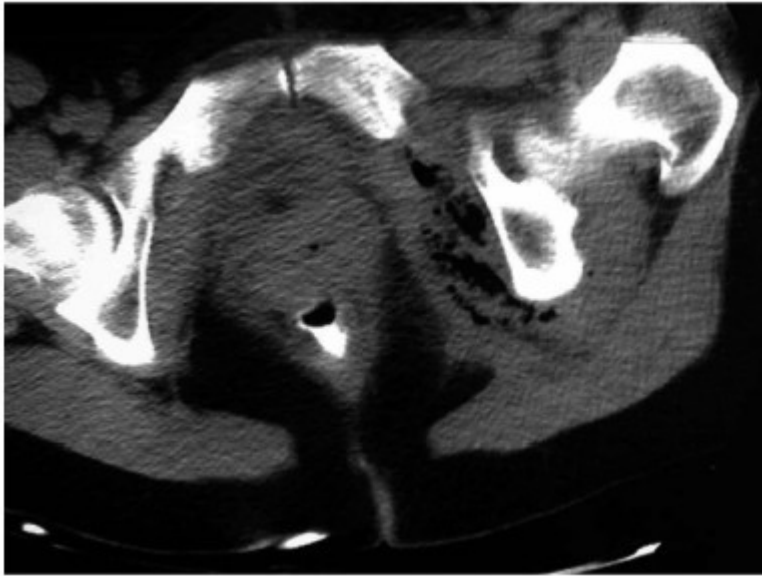
CAS N°1

Madame C, âgée de 34 ans a été opérée en janvier 2003 pour cure d'incontinence urinaire d'effort par une bandelette trans-obturatrice Uratape® et cure de cystocèle stade II par plaque de Gynemesh®.

Des écoulements vaginaux sont survenus quelques semaines après le geste opératoire, ainsi que des infections urinaires à répétitions dans les mois suivants. En août 2003 la bandelette est apparue dans le vagin, toujours accompagnée d'écoulements. Une exérèse partielle de la bandelette a été réalisée jusqu'à l'aponévrose pelvienne à droite et à gauche.

Madame C a été hospitalisée par les urgences dans notre service le 30 août 2003 pour fièvre à 39°C, écoulements vaginaux et douleur pelvienne irradiant dans la fesse et la cuisse gauche. Une double antibiothérapie par ofloxacine per os 400 mg/J et gentamicine IV 160 mg/J a alors été prescrite. L'échographie abdominale puis endovaginale a diagnostiqué un abcès de 4cm de long comprenant de l'air et développé dans la fosse ischio-anale avec un trajet fistuleux s'abouchant sur la face antéro-latérale gauche du vagin. Le scanner abdomino-pelvien (Figure1) n'a pas retrouvé de fistule digestive mais a mis en évidence une collection aérée au sein des muscles obturateurs gauches.

Figure 1 : Scanner abdomino-pelvien : Collection des muscles obturateurs gauches contenant de l'air.



Le 3 septembre 2003 une mise à plat chirurgicale de l'abcès par voie vaginale a été effectuée. Ce traitement a été complété par de la rifampicine IV (600 mg x 2/J) et une oxygénothérapie hyperbare. La douleur pelvienne et les écoulements purulents par le vagin ont persistés. Une nouvelle échographie endo-vaginale a alors détecté une collection postérieure en regard de la branche ischiatique gauche.

Le 12 septembre 2003 la patiente a de nouveau été opérée : la collection a été vidée à l'aiguille par voie vaginale puis par incision de Pfannenstiel et abord sus-pubien de la cavité abcédée. La fosse ischio-rectale au contact de l'os a soigneusement été curetée. Malgré cette reprise chirurgicale l'état clinique de la patiente ne s'est pas amélioré et un scanner abdomino-pelvien de contrôle a confirmé la persistance d'une collection pelvienne et d'une cellulite. Une prise en charge multidisciplinaire avec l'aide des chirurgiens orthopédistes de l'Hôpital Nord a été décidée.

Le 29 septembre la patiente a été opérée par voie périnéale avec abord chirurgical du cadre obturateur. Nous avons réalisé l'exérèse du muscle obturateur gauche infecté, la collection a été mise à plat et la partie distale de la bandelette a enfin été retrouvée et enlevée. Les suites opératoires ont été simples, les douleurs ont rapidement diminué, l'apyrexie a été obtenue et les écoulements ont disparu.. La cicatrisation s'est déroulée parfaitement.

CAS N°2

Une bandelette de type Uratape a été posée en février 2003 chez Mme L, 48 ans. Les suites immédiates ont été simples avec une reprise des mictions satisfaisantes. A un mois postopératoire, la patiente était asymptomatique, et ne présentait plus de fuite urinaire mais l'examen clinique systématique a révélé qu'une partie de la bandelette était visible dans le vagin. Un recouvrement sans tension de la bandelette par du tissu vaginal a été réalisé au bloc opératoire après avivement des berges.

Une nouvelle érosion vaginale en partie médiane a été mise en évidence lors d'une visite à 2 mois de la pose de la bandelette et à 25 jours de la reprise pour recouvrement.

La bandelette a été réséquée par voie vaginale, en remontant le plus haut possible pour retirer le plus de matériel, avec avivement des berges vaginales. Les fuites urinaires ont récidivées dans le mois suivant la section de la bandelette. Il a été décidé de réaliser une intervention de type "Burch" par laparotomie en août 2003.

Cette intervention s'est compliquée par un abcès de paroi nécessitant une reprise chirurgicale au

septième jour post-opératoire. L'aponévrose était intacte. Un scanner quinze jours après la mise à plat de l'abcès pariétal a conclut à la présence de 2 collections abcédées l'une latéro-vésicale gauche et l'autre sus pubienne latéralisée à droite. L'abcès latérovésical était extériorisé par le vagin.

La patiente est sorti après 3 semaines d'hospitalisation avec des soins à domicile, il persistait un écoulement par voie vaginale et par la cicatrice de laparotomie.

Devant la persistance de la symptomatologie une échographie endovaginale a été réalisée, a mis en évidence une collection obturatrice droite. Le retrait de toute la bandelette et l'évacuation chirurgicale de cette collection a alors été entrepris, nécessitant pour le retrait de la branche droite de la bandelette un abord du trou obturateur par une incision paravaginale avec désinsertion des muscles (Figures 2 et 3).

Figure 2 : Incision paravaginale.

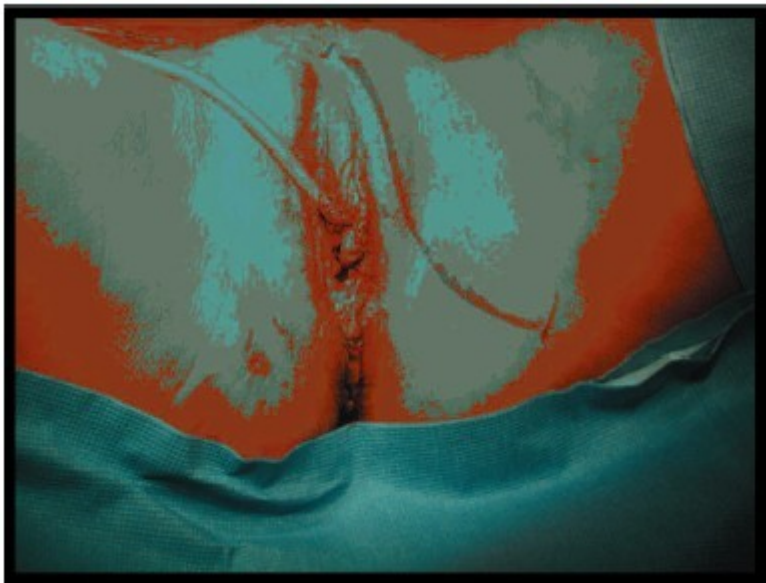


Figure 3 : Cadre obturateur abordé par ses 2 faces après désinsertion des muscles abducteurs.



Les suites ont enfin été simples et la patiente n'a pas présenté de nouvelle complication à ce jour.

DISCUSSION

La bandelette sous urétrale TVT® a connu un succès immense depuis son introduction en 1995 [11]. Cette technique est maintenant devenue la référence en matière de traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine. En 2001 une nouvelle voie d'abord chirurgicale a été présentée: la voie trans-obturatrice [3].

Cette modification de la technique initiale permet de réduire à néant le risque de perforation vésicale en peropératoire tout en restant une technique simple, elle a de ce fait séduit rapidement de nombreux urologues et gynécologues.

Au changement de la voie d'abord s'est ajouté un changement dans la fabrication de la bandelette. Au polypropylène monofilament tissé (TVT), matériau avec lequel nous avons un certain recul en terme de tolérance et d'infections se sont substitués de multiples bandelettes dont les propriétés sont très inégales. Le succès aidant, de nombreux laboratoires pharmaceutiques se sont lancés dans la commercialisation de bandelettes sous urétrales, de qualités différentes. Il est maintenant devenu très difficile pour un chirurgien de s'y retrouver tant le choix des bandelettes mises à disposition est vaste.

Des cas d'infections sur bandelettes de plus en plus nombreux commencent à être décrits [1, 2, 5, 10] et il est raisonnable de penser que la littérature sous estime pour l'instant largement le phénomène.

Le choix du matériau utilisé et la technique de fabrication nous semblent être primordiaux afin d'éviter au maximum le risque d'infections chroniques appelées communément "rejet" de la bandelette. Il est à noter qu'au moins 3 des cas présentés par les auteurs ci dessus, ainsi que nos 2 dossiers, sont en rapport avec la mise en place de bandelette de type Uratape et Caquant [2] suggère la responsabilité de la partie siliconée de la bandelette dans l'apparition d'érosion vaginale, et donc de colonisation bactérienne de ce tissu par des germes vaginaux, cette colonisation étant facilitée par la structure des bras de la bandelette.

Le polypropylène a depuis longtemps prouvé sa supériorité en terme de tolérance sur les autres matériaux [4]. Concernant la texture de la bandelette des travaux récents [1, 6] montrent qu'il faut privilégier celles en mono filaments tissés. En effet, seules les bandelettes en mono filaments ménagent un espace suffisant entre deux fils pour permettre la phagocytose des bactéries par les macrophages. En deçà d'un espace de dix microns, la multiplication des bactéries est possible mais pas leur phagocytose car les macrophages sont des cellules volumineuses [8]. Il a également été évoqué un risque d'érosion majoré par des mailles de petite taille mais pour raisons mécaniques : friction contre le tissu à la place d'un comblement des interstices [9].

Un autre mécanisme serait celui de la production de "slime" par les bactéries [7, 12], substance polysaccharidique protégeant les bactéries des macrophages et des antibiotiques et permettant ainsi leur multiplication et leur fixation irréversible à la prothèse.

De ces deux mécanismes d'infections chroniques découlent la prise en charge des bandelettes infectées. Nous pensons que le principe premier de l'attitude thérapeutique à adopter face à une bandelette infectée est son ablation précoce et totale, et non la seule partie faisant issue dans le vagin. Nous sommes donc en désaccord avec Kobashi [9] qui a suggéré de conserver la bandelette suite à 4 cas d'érosion vaginale présentant à 3 mois une épithélialisation spontanée et complète de la bandelette. Il est à noter que dans nos 2 observations, ainsi que dans celles de Game (5) et de Caquant [2], les symptômes en relation avec l'infection apparaissent 6 à 17 mois plus tard, confirmant ainsi la théorie du slime. La plupart des études avec les nouveaux matériaux ne présentent pas de recul supérieur à 1 an.

Nos observations montrent également bien l'inefficacité des antibiotiques dans ces cas. Nous pensons de même qu'il est illusoire d'espérer obtenir un recouvrement de la bandelette par de la muqueuse vaginale en instaurant une oestrogénothérapie locale.

L'ablation de la totalité de la bandelette pose assez peu de problème technique si ce geste est réalisé précocement. En reprenant l'incision sous urétrale et en disséquant le vagin jusqu'aux branches ischio-pubiennes, on peut tracter la bandelette en "l'enroulant" progressivement autour d'un dissecteur. Cet artifice, s'il peut paraître anodin, prend toute son importance en cas de rupture de la bandelette lors d'une traction trop forte. De par son élasticité elle se retire alors derrière la branche ischio-pubienne et il ne reste plus comme solution que l'abord du trou obturateur.

Comme Game [5], nous recommandons dans ces cas une approche transobturatrice plutôt que de laisser ces fragments en place. La technique utilisée pour nos patientes ne présentait pas de particulière difficulté et ne semble pas entraîner de séquelle fonctionnelle.

CONCLUSION

Nous préconisons un choix judicieux de la bandelette, celle-ci devant être en polypropylène monofilament tricoté à mailles larges. En cas d'érosion vaginale, même asymptomatique, nous considérons la bandelette comme infectée de façon chronique, et suggérons son ablation précoce et totale sans tentative de recouvrement ou de retrait partiel, avec abord du trou obturateur si nécessaire (ou de la voie sus pubienne en cas de TVT).

RÉFÉRENCES

1. Bafghi A., Benizri E.I., Trastour C., Benizri E.J., Michiels J.F., Bongain A. : Multi filament poplypropylene mesh for urinary incontinence. 10 cases of infections requiring removal of the sling. BJOG, 2004 ; 111 : 1-3.
2. Caquant F., Collinet P., Deruelle P., Lucot J.P., Cosson M.: Perineal cellulitis following trans-obturator sub-urethral tape Uratape. Eur. Urol., 2005 ; 47 : 108-110.
3. Delorme E. : La bandelette transobturatrice : un procédé mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme. Prog. Urol. 2001 ; 11 : 1306-1313.
4. Falconer C., Söderberg M., Blomgren B., Ulmsten U. : Influence of different sling materials on connective tissue metabolism in stress urinary incontinent women. Int. Urogynecol. J., 2001 ; 2 : S19-S23.
5. Game X., Mouzin M., Vaessen C., Malavaud B., Sarraon J.P., Rischmann P. : Obturator infected hematoma and urethral erosion following transobturatrice tape implantation. J. Urol., 2004 ; 171 : 1629.
6. Glavind K., Sander P. : Erosion, defective healing and extrusion after tension-free urethropexy for the treatment of stress urinary incontinence. Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct., 2004 ; 15 : 179-182.
7. Gristina A.G., Hobgood C.D., Webb L.X. : Adhesive colonisation of biomaterials and antibiotic resistance. Biomaterials, 1987 ; 8 : 423-426.
8. Iglesia C.B., Fenner D.E., Brubaker L. : The use of mesh in gynecologic surgery. Int. Urogynecol. J., 1997 ; 8 : 105-115.
9. Kobashi K., Govier F. : Management of vaginal erosion of polypropylene mesh slings. J. Urol., 2003 ; 169 : 2242-2243.
10. Neuman M. : Infected hematoma following Tension free vaginal tape implantation. J. Urol., 2002 ; 168 : 2549.
11. Ulmsten U., Petros P. : An ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. Scand. J. Urol. Nephrol., 1995 ; 29 : 75-82.

12. Younger J.J., Christensen G.D., Bartley D.L., Simmons G.C.H., Barret F.F. : Coagulase negative staphylococci isolated from cerebrospinal fluid shunts: importance of slime production, species identification, and shunt removal to clinical outcome. J. Infect. Dis., 1987 ; 156 : 548-554.



(/)



(/)

Maison de l'Urologie

- Conception graphique et technique : Agence WACAN (<http://www.wacan.com>)
- Contenu rédactionnel : Stéphane Bart, Pierre Gimel, Planète med
- Webmaster : Agence WACAN (<http://www.wacan.com>)
- Politique de confidentialité (/politique-de-confidentialite)