

Case report

Migration intra-vésicale d'une bandelette sous urétrale type TVT: à propos d'un cas et revue de la littérature

Intravesical migration of a sub-urethral tension-free vaginal tape (TVT) sling: about a case and review of the literature

Adil Kallat^{1,&}, Oumar Diaby¹, Ali Valizadeh¹, Jean Agel¹, Claude Erb¹

¹Service d'Urologie, Hôpital Bel-Air, CHR Metz-Thionville, France

[&]Corresponding author: Adil Kallat, Service d'Urologie, Hôpital Bel-Air, CHR Metz-Thionville, France

Mots clés: stress urinary incontinence, migration, tension free vaginal tape, conservative treatment

Received: 12/05/2016 - Accepted: 10/06/2016 - Published: 28/07/2016

Abstract

Les techniques de soutènement sous urétral par bandelette synthétique constituent le gold standard actuel pour la prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort. Nous rapportant le cas d'une patiente de 60 ans, ayant comme antécédents une incontinence urinaire d'effort traitée par une bandelette sous urétrale type TVT (Tension free Vaginal Tape) en 2008. La cystoscopie per opératoire était normale. Six ans plus tard la patiente a présenté des infections urinaires à répétition, à Escherichia Coli, rebelles à toute antibiothérapie adaptée. Une échographie a été réalisée ayant objectivé un calcul intra vésical faisant 2.5cm de grand axe, par ailleurs le résidu post mictionnel était nul. La fibroscopie a objectivé une bandelette en intra-vésical avec une grosse calcification autour. Notre patiente a bénéficié d'un traitement conservateur qui consisté à une section endoscopique de la portion intra vésicale de la bandelette avec préservation de la portion sous urétrale, par ailleurs le calcul a été fragmenté par le lithoclaste. Sur le plan fonctionnel, notre patiente est toujours continente.

Pan African Medical Journal. 2016; 24:283 doi:10.11604/pamj.2016.24.283.9848

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/24/283/full/>

© Adil Kallat et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Sub-urethral support techniques using synthetic sling are the current gold standard in the treatment of stress urinary incontinence. We report the case of a 60-year-old female patient with a personal history of stress urinary incontinence treated with suburethral TVT sling in 2008. Intraoperative cystoscopy was normal. Six years later the patient had recurrent urinary tract infections caused by Escherichia Coli, resistant to all appropriate antibiotics. The patient underwent ultrasound which objectified intravesical stone measuring 2.5 cm on the major axis; post-void residual urine volume was zero. Fibroscopy showed intravesical sling surrounded by a large calcification. Our patient underwent conservative treatment, which consisted of endoscopic section of the intravesical portion of the sling with preservation of the sub-urethral portion. The calculi was fragmented using Lithoclast. Functionally, our patient is continent.

Key words: Stress urinary incontinence, migration, tension-free vaginal tape, conservative treatment

Introduction

Les techniques de soutènement sous urétral par bandelette synthétique constituent le gold standard actuel pour la prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort. Avec un recul avoisinant les dix ans, de plus en plus de patientes consultent à nouveau, souvent un autre urologue, pour divers symptômes. Certaines complications (infection, érosions diverses) peuvent nécessiter l'ablation d'une partie, voire de la totalité de la bandelette et ainsi compromettre le résultat fonctionnel acquis.

Patient et observation

Madame T.M 60 ans, ayant comme antécédents une incontinence urinaire d'effort traitée par une bandelette sous urétrale type TVT (Tension free Vaginal Tape) en 2008. La cystoscopie per opératoire était normale. Six ans plus tard la patiente a présenté des infections urinaires à répétition, à Escherichia Coli, rebelles à toute antibiothérapie adaptée. Une échographie a été réalisée ayant objectivé un calcul intra vésical faisant 2.5cm de grand axe, par ailleurs le résidu post mictionnel était nul. La fibroscopie a objectivé une bandelette en intra-vésical avec une grosse calcification autour (Figure 1). Notre patiente a bénéficié d'un traitement conservateur qui consisté à une section endoscopique de la portion intra vésicale de la bandelette avec préservation de la portion sous urétrale, par ailleurs le calcul a été fragmenté par le lithoclaste (Figure 2).

Discussion

Les érosions vésicales représentent une complication bien connue des matériaux synthétiques. Elles peuvent correspondre à une plaie vésicale non diagnostiquée en per opératoire ou bien à une migration secondaire de la bandelette. Les symptômes amenant à suspecter l'existence d'une érosion vésicale sont des infections urinaires à répétition [1] des impériosités, une pollakiurie [2] des douleurs pelviennes ou vésicales persistantes [3] ou une hématurie [4]. Dans notre cas la migration de la bandelette a été révélée par des infections urinaires à répétition. Concernant la prise en charge thérapeutique, la voie endoscopique est envisageable en première intention. Elle peut être menée au cours d'une cystoscopie seule, Giri et al utilisent le laser holmium lors d'une fibroscopie avec un résultat per opératoire satisfaisant confirmé par une cystoscopie à trois mois [5]. Pour sectionner la bandelette le plus loin possible, il est nécessaire d'exercer une traction à l'aide d'une pince à corps étranger. Afin de faciliter la gestuelle, Lapouge et al recommandent d'associer à la voie endoscopique un second abord par le biais de deux trocarts positionnés dans la vessie. Sous contrôle optique, effectué par l'intermédiaire du cystoscope, la portion de la bandelette à sectionner est ainsi tendue au moyen d'une pince à préhension puis coupée par des ciseaux laparoscopiques [6]. Jorion et [7] Baracat et al. [8] série de six patientes proposent d'utiliser un néphroscope 24 ou 26 Fr associé à un trocart de 5 mm positionnée dans la vessie. But et al. Utilisent un résecteur à la manière d'une résection de tumeur superficielle de vessie [9].

Conclusion

La facilité de la technique et le nombre croissant de patientes consultant pour une incontinence urinaire ne doivent toutefois pas faire oublier le respect d'une bonne indication et d'une technique opératoire rigoureuse et surtout l'importance d'un suivi régulier.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Adil Kallat, Ali Valizadeh: examen clinique, explorations, section de la bandelette et fragmentation du calcul, discussion du cas et décision concernant le suivi; Oumar Diaby: discussion du cas et décision concernant le suivi; Jean Agel, Claude Erb: discussion du cas et décision concernant le suivi; Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: Aspect cystoscopique de l'érosion vésicale avec la bandelette en position intra vésicale

Figure 2: Fragmentation du calcul par le lithoclaste

Références

1. Tsivian A, Kessler O, Mogutin B, Rosenthal J, Korczak D, Levin S, Sidi AA. Tape related complications of the tension-free vaginal tape procedure. *J Urol.* 2004 Feb; 171(2 Pt 1): 762-4. **PubMed | Google Scholar**
2. Leuret T, Lugagne PM, Herve JM, Barre P, Orsoni JL, Yonneau L, Saporta F, Botto H. Evaluation of tension-free vaginal tape procedure. Its safety and efficacy in the treatment of female stress urinary incontinence during the learning phase. *Eur Urol.* 2001 Nov; 40(5): 543-7. **PubMed | Google Scholar**
3. Clemens JQ, Dlacey JO, Faerber GJ, Westney OL, McGuire EJ. Urinary tract erosions after synthetic pubovaginal slings: diagnosis and management strategy. *Urology.* 2000 Oct 1; 56(4): 589-94. **PubMed | Google Scholar**
4. Sweat SD, Itano NB, Clemens JQ, Bushman W, Gruenenfelder J, McGuire EJ, Lightner DJ. Polypropylene mesh tape for stress urinary incontinence: complications of urethral erosion and outlet obstruction. *J Urol.* 2002 Jul; 168(1): 144-6. **PubMed | Google Scholar**
5. Giri SK, Drumm J, Flood HD. Endoscopic holmium laser excision of intravesical tension-free vaginal tape and polypropylene suture after anti-incontinence procedure. *J Urol.* 2005 Oct; 174(4 Pt 1): 1306-7. **PubMed | Google Scholar**
6. Lapouge O, Bram R, Hocke C, Ballanger P. Prise en charge des complications érosives après mise en place d'une bandelette sous urétrale. *Prog Urol.* 2009 Mar; 19(3): 193-201. **PubMed | Google Scholar**
7. Jorion JL. Endoscopic treatment of bladder perforation after tension-free vaginal tape procedure. *J Urol.* 2002 Jul; 168(1): 197. **PubMed | Google Scholar**
8. Baracat F, Mitre AI, Kanashiro H, Montellato NL. Endoscopic treatment of vesical and urethral perforations after tension-free vaginal tape (TVT) procedure for female stress urinary incontinence. *Clinics (Sao Paulo).* 2005 Oct; 60(5): 397-400. **PubMed | Google Scholar**
9. But I, Bratus D, Faganelj M. Prolene tape in the bladder wall after TVT procedure-intramural tape placement or secondary tape migration?. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005 Jan-Feb; 16(1): 75-6. **PubMed | Google Scholar**

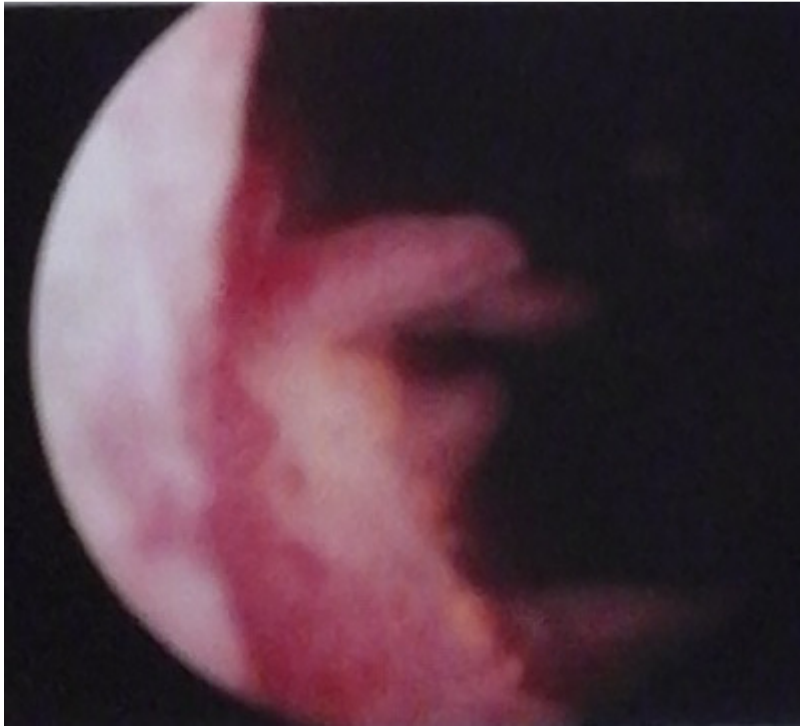


Figure 1: Aspect cystoscopique de l'érosion vésicale avec la bandelette en position intra vésicale

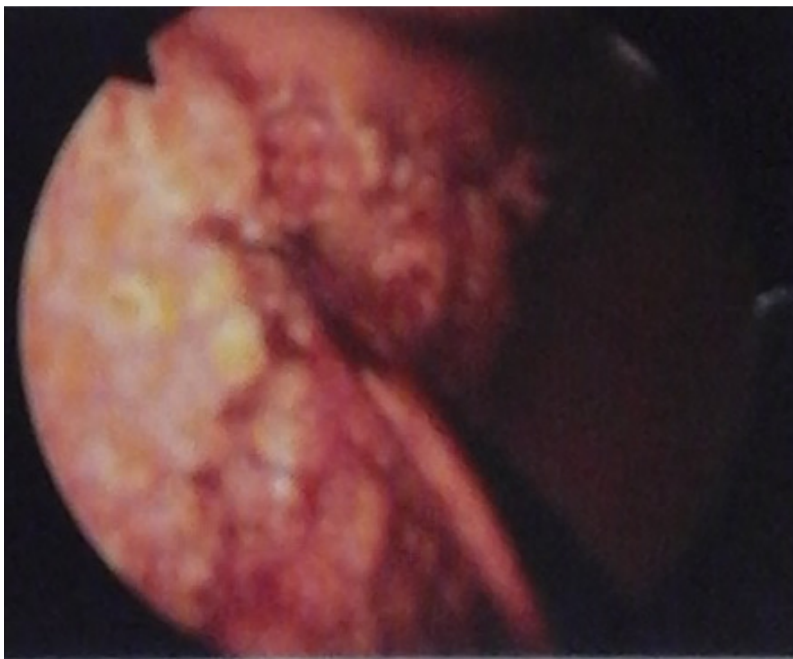


Figure 2: Fragmentation du calcul par le lithoclaste