

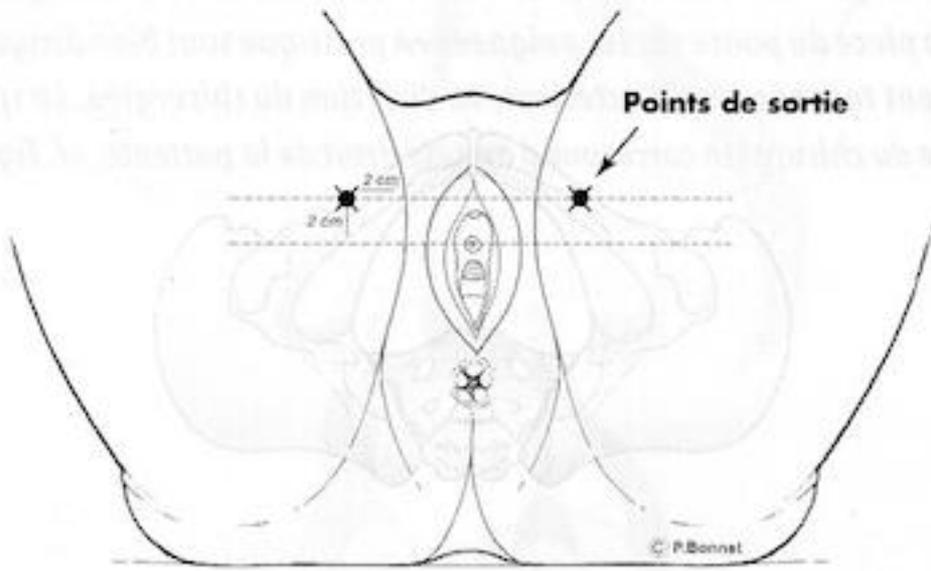
TOT : Point technique et indications

Laurent GUY

Points techniques

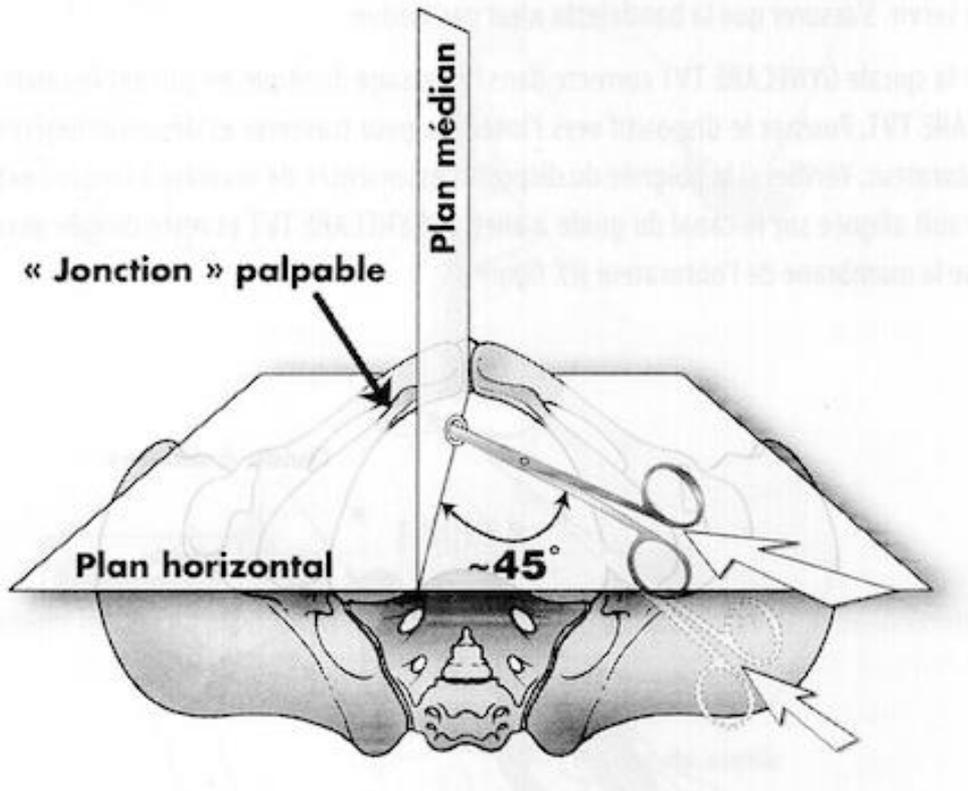
- Technique dedans-dehors
- Bien positionner la patiente :
 - Position gynécologique dorsale avec les hanches hyperfléchies au dessus de l'abdomen
 - Fesses au bord de la table
 - Intervention théoriquement sous anesthésie locale, régionale ou générale
 - Ecarter les grandes lèvres pour une meilleure exposition
- Mettre une sonde dans la vessie

Points techniques



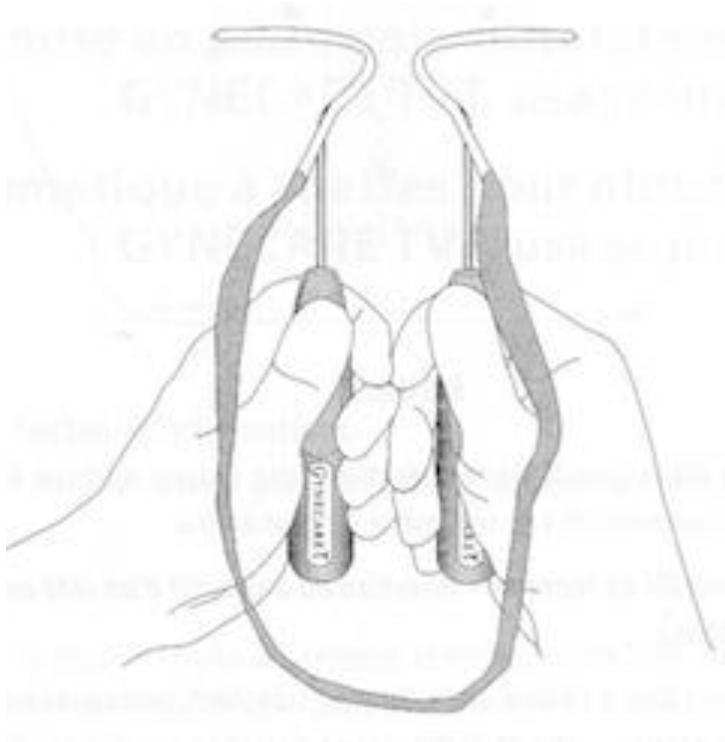
- Repérer les orifices de sortie des aiguilles
- Les marquer ou éventuellement pratiquer d'emblée les deux incisions

Points techniques



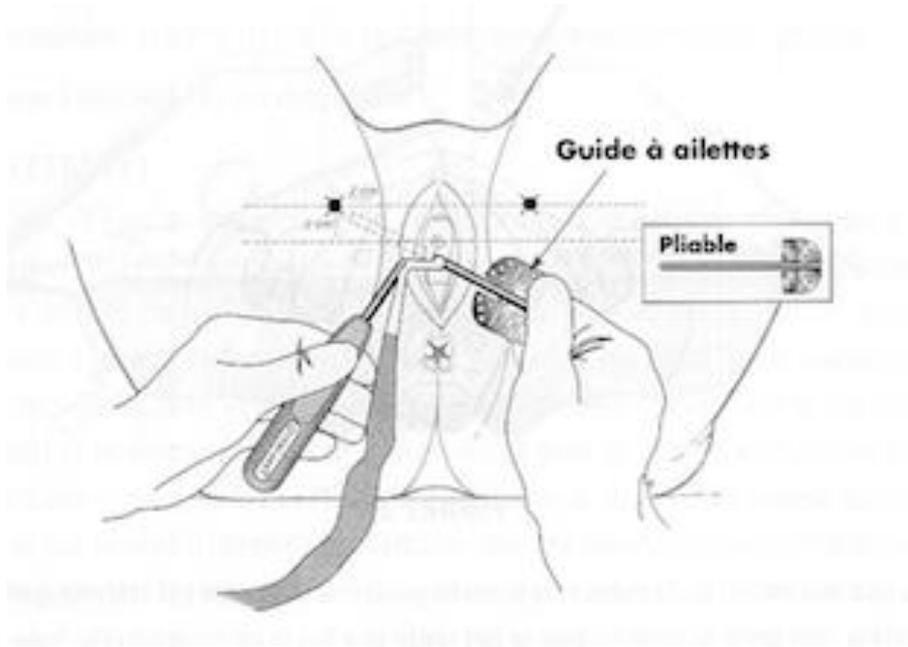
- Avec une pince d'Allis, incision vaginale de 2 cm à environ 1 cm en arrière du méat
- Dissection avec des ciseaux courbes pointus selon une orientation à 45 ° par rapport à la ligne médiane les ciseaux étant maintenus à l'horizontal
- Lorsque jonction entre pubis et branche pubienne inférieure perçue, perforer la membrane obturatrice

Points techniques



- Insérer le guide à ailette dans le passage créé
- Bien repérer et positionner le sens d'insertion des aiguilles

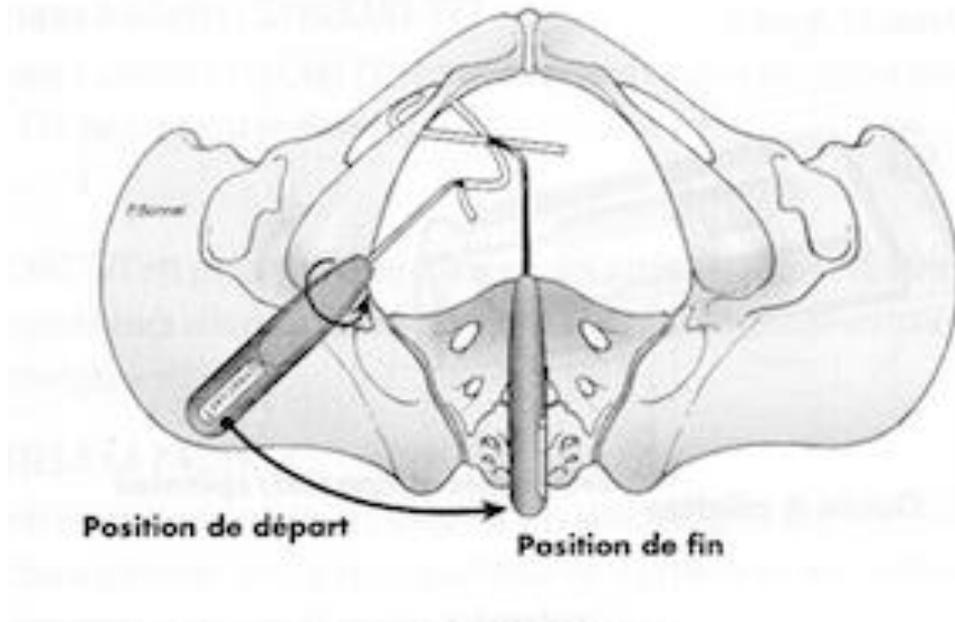
Points techniques



- Insérer l'aiguille à pointe mousse dans le passage disséqué en suivant le canal du guide à ailettes
- Pousser le dispositif pour traverser et dépasser légèrement la membrane obturatrice

Technique dedans-dehors

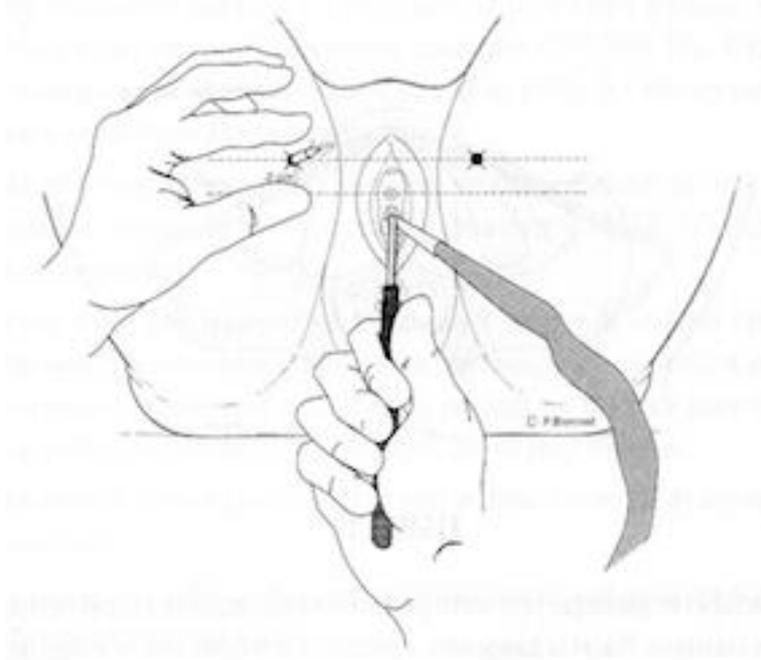
Points techniques



Faire pivoter la poignée tout en la faisant progresser vers la ligne médiane jusqu'à qu'elle soit verticale

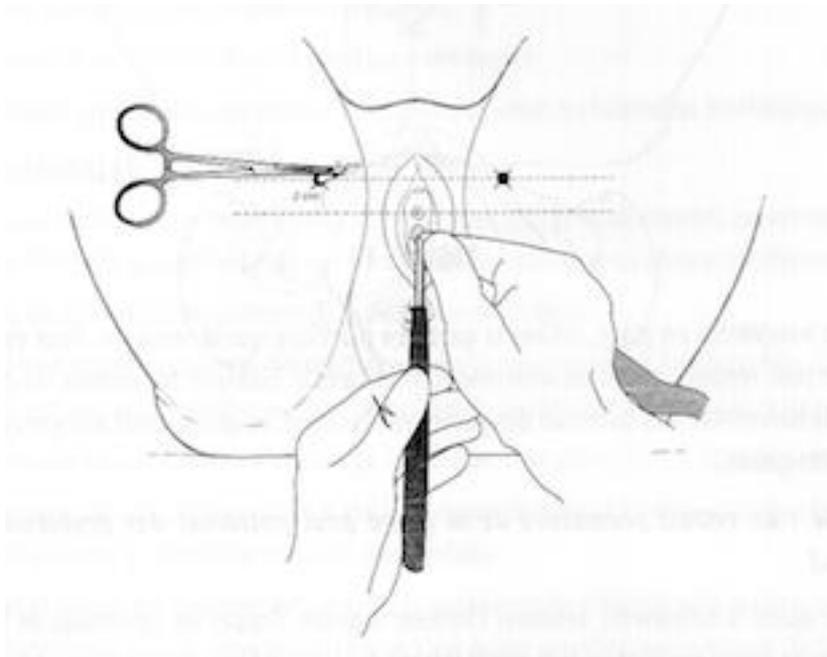
Technique dedans-dehors

Points techniques



- La pointe de l'aiguille doit sortir près du point de sortie déterminé auparavant
- Lorsque l'extrémité du tube en plastique apparaît au niveau de l'incision, saisir l'extrémité du tube en plastique avec une pince

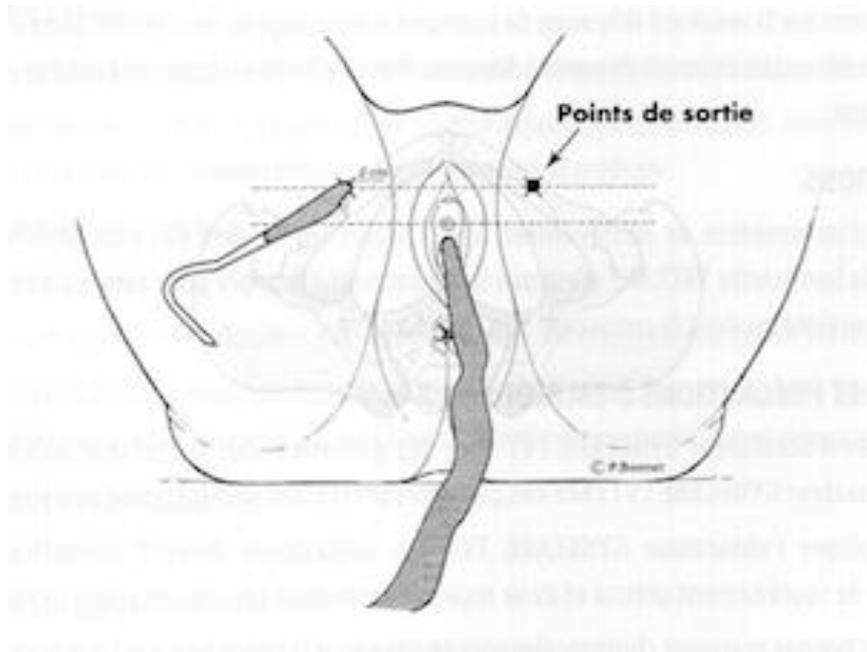
Points techniques



Tout en maintenant le tube immobile au niveau de l'urètre, retirer l'aiguille avec une rotation en sens inverse de la poignée

Technique dedans-dehors

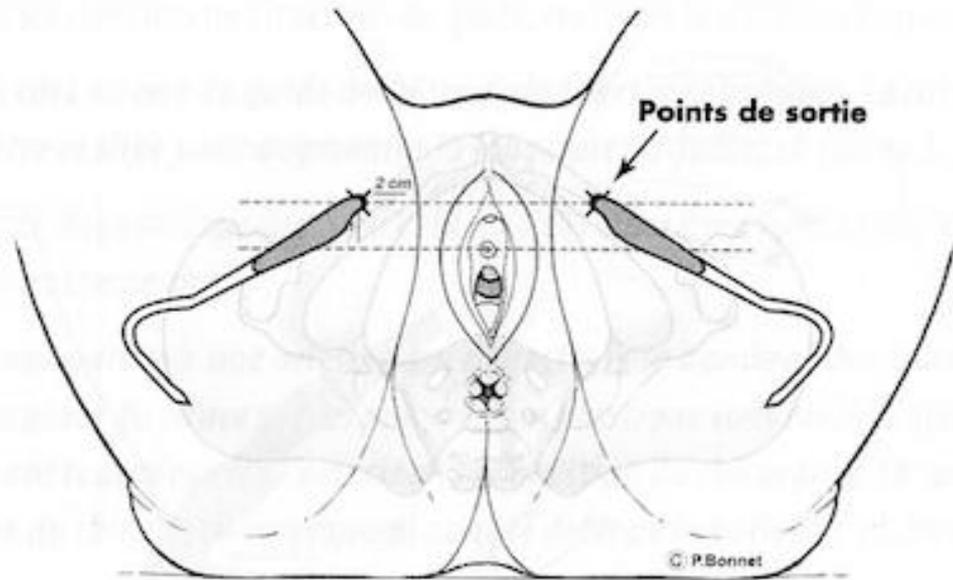
Points techniques



- Tirer entièrement le tube en plastique à travers la peau jusqu'à l'apparition de la bandelette
- Procéder de même pour l'autre coté
- Vérifier que la bandelette repose à plat sous l'urètre

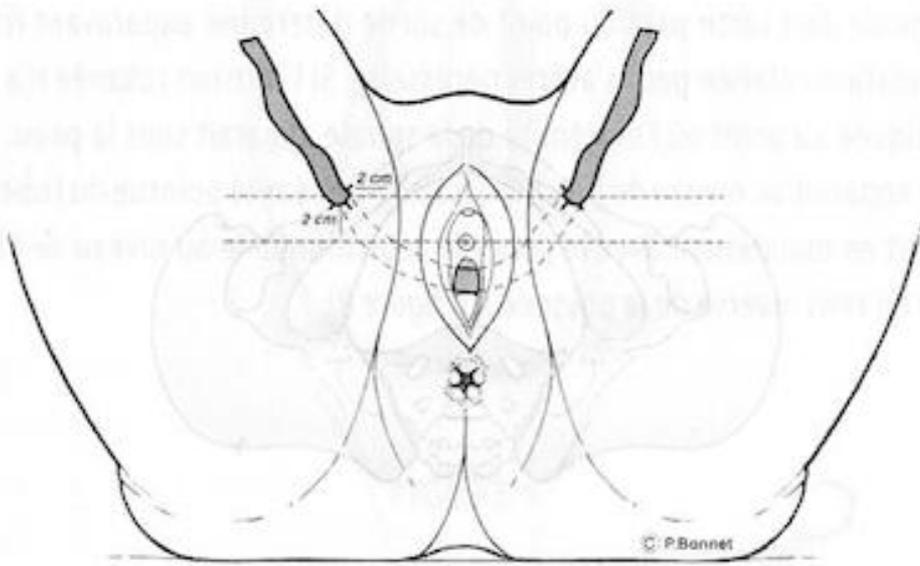
Technique dedans-dehors

Points techniques



- Lorsque les tubes en plastiques sont sortis par les incisions cutanées, couper la bandelette et les gaines en plastique
- Placer la bandelette à plat, sous le milieu de l'urètre
- Tendre la bandelette en mettant une paire de ciseaux entre la bandelette et l'urètre de façon à créer une tension trop importante

Points techniques



- Une fois la bandelette en place, retirer la gaine plastique qui la recouvre
- Pendant ce retrait, maintenir les ciseaux en place +++

Points techniques

- Pas de cystoscopie
- Fermer l'incision vaginale
- Couper les extrémités de la bandelette aux points de sortie, juste sous la peau
- Fermer les incisions cutanées

TOT ou TVT

- Sujet de controverse
- Nombreuses études, notamment des études comparatives randomisées
- TOT plus simple sur le plan technique, sans risque vésical
- TVT parfois plus à risque de complications notamment si cicatrice sous ombilicale ou antécédents d'interventions pelviennes
- TOT parfois associé à douleurs au niveau de la racine de la cuisse

TOT ou TVT

World J Urol (2013) 31:645–649
DOI 10.1007/s00345-012-0956-4

ORIGINAL ARTICLE

TVT versus TOT, 2-year prospective randomized study

Bassem S. Wadie · Ahmed S. Elhefnawy

	TVT (n = 36)	TOT(n = 35)	P value*
Stress test +ve (at 2-year)	5 (14.3 %)	7 (20 %)	NA
Pad test positive at 1-year	4 (11.4 %)	6 (17.1 %)	NA
Pad test at 1 year (mean wt. increase in gm)	1 ± 1.8	2.9 ± 5	0.15
Pad test positive at 2-year	7 (20 %)	9 (25.7 %)	NA
Pad test at 2 years (mean wt. increase in gm)	2.5 ± 4	3.1 ± 3.5	0.5
UDI 6 at 1 year	2.8 ± 3	4.7 ± 6	0.25
IIQ7 at 1 year	3.2 ± 5	4.3 ± 7	0.6
UDI 6 at 2 years	3.5 ± 4	4.6 ± 4	0.6
IIQ7 at 2 years	3.6 ± 6	3.0 ± 4	0.8

P value calculated using independent sample *t* test

Both tapes have similar efficacy, regarding of incontinence. TVT is more effective, a insignificantly, than TOT at 2 years. However, serious adverse events were more frequent with TVT, yet TOT has more unique adverse events.

- Les deux bandelettes ont une efficacité similaire
- TVT semble un peu plus efficace mais non significatif
- Effets secondaires plus fréquents avec TVT que TOT

TVT versus TOT in the treatment of female stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis

2294

submit your manuscript | www.dovepress.com

Dovepress

Therapeutics and Clinical Risk Management 2018:14

- 28 études randomisées
- 2505 patientes
- Pas de différences significatives entre TOT et TVT mais tendance à en faveur du TOT pour:
 - Diminution du temps opératoire
 - La durée d'hospitalisation
 - Le taux de complication

Guidelines

Back

> Individual Guidelines

> Oncology Guidelines

F.C. Burkhard (Chair), J.L.H.R. Bosch, F. Cruz, G.E. Lemack, A.K. Nambiar, N. Thiruchelvam, A. Tubaro
Guidelines Associates: D. Ambühl, D.A. Bedretinova, F. Farag, R. Lombardo, M.P. Schneider

Summary of evidence	LE
Mid-urethral synthetic sling inserted by either the transobturator or retropubic route provides equivalent patient-reported outcome at five years.	1a
Mid-urethral synthetic sling inserted by the retropubic routes has higher objective patient-reported cure rates at 8 years.	1b
Long-term analysis of TVT cohorts showed a sustained response up to 17 years.	2b
The transobturator route of insertion is associated with a higher risk of groin pain than the retropubic route.	1a
Long-term analysis showed no difference in terms of efficacy for the skin-to-vagina compared to vagina-to-skin directions up to nine years.	2a

Guidelines

Back

> Individual Guidelines

> Oncology Guidelines

*F.C. Burkhard (Chair), J.L.H.R. Bosch, F. Cruz, G.E. Lemack, A.K. Nambiar, N. Thiruchelvam, A. Tubaro
Guidelines Associates: D. Ambühl, D.A. Bedretinova, F. Farag, R. Lombardo, M.P. Schneider*

Recommendations	Strength rating
Inform women about the higher risk of groin pain following a transobturator approach when compared to a retropubic approach.	Strong
Inform women that any vaginal surgery may have an impact on sexual function, which is generally positive.	Weak
Offer bulking agents to women with SUI who request a low-risk procedure with the understanding that repeat injections are likely and long-term durability is not established.	Strong

Bandelette sous-urétrale en présence d'une insuffisance sphinctérienne

- TVT paraît plus efficace pour les patientes avec une pression de clôture basse
- Insuffisance sphinctérienne
 - Lorsque l'urètre est fixé, le taux d'échec doit faire orienter vers un autre type de prise en charge
 - Lorsque l'urètre est mobile, il paraît préférable de s'orienter vers une voie rétro pubienne.

Miller JJ et al. Am J Obstet Gynecol. 2006 Dec;195(6):1799-804

Jeon MJ et al. Am J Obstet Gynecol. 2008 Jul;199(1):76.e1-4.

Ford AA et al. Int Urogynecol J. 2016 Jan;27(1):19-28.

Bandelette sous-urétrale et obésité

- Aucune recommandation particulière sur le type de BSU n'est proposée
- Selon les conditions anatomiques de la patiente :
 - Soit TVT
 - Soit TOT

Bandelette sous-urétrale et femme âgée

- Femme vieillissante : ↗ fréquence hyper activité détrusorienne, hypocontractilité du muscle vésical et l'insuffisance sphinctérienne
- Globalement,
 - TVT si insuffisance sphinctérienne
 - TOT en cas de sphincter normal (pour diminuer risques de complications)

Au total,

- Les deux types de bandelettes sont efficaces
- Le taux de complications semble plus important pour le TVT
- Le TVT devrait être privilégié pour les patiente avec insuffisance sphinctérienne