

INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

son muscle (le détroisor) se laisse étirer sans résistance et donc sans augmentation de pression.

L'urètre est situé sous la vessie, il correspond au canal par lequel l'urine s'exteriorise. Il comporte un appareil sphinctérien (muscle) essentiel à la continence. Il repose sur le plancher périnéal et le vagin en bas et en arrière. Il est fixé au pubis grâce à des ligaments suspenseurs en haut et en avant. Cet ensemble forme un hamac qui soutient l'urètre et participe à la continence.

L'incontinence urinaire est la perte involontaire des urines par l'urètre, survenant en dehors de la miction et pouvant entraîner une gêne sociale significative.

Est-ce un symptôme fréquent ?

La fréquence et la sévérité de l'incontinence urinaire augmentent avec l'âge. De 25 à 40% des femmes déclarent avoir une incontinence urinaire selon les études. La fréquence inférieure à 20% avant 25 ans, atteint plus de 45% après 75 ans. Il existe deux pics, un premier à 45-50 ans au moment de la ménopause, un deuxième après 75 ans. Après 75 ans près de 20% des femmes déclarent avoir une incontinence sévère contre 5% avant 45 ans. 5 à 15% des femmes décrivent cette incontinence comme quotidienne.

Les facteurs de risque retrouvés sont multiples : l'âge, la grossesse, l'accouchement par voie naturelle, la ménopause, l'obésité, l'intoxication tabagique, la toux, les maladies chroniques pulmonaires, les efforts répétés.

L'incontinence urinaire est une pathologie gênante et invalidante avec un impact sur la qualité de vie, le sommeil, la vie sexuelle. Cependant, malgré l'augmentation sensible du nombre de femmes qui consultent, 10 à 15 % seulement des incontinenances ont une prise en charge.

Quel en est le mécanisme ?

◆ Physiologie de la continence urinaire

La continence urinaire est le résultat d'un équilibre entre les pressions intra vésicale et urétrale.

La vessie est un réservoir musculaire distensible,

Attention :

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

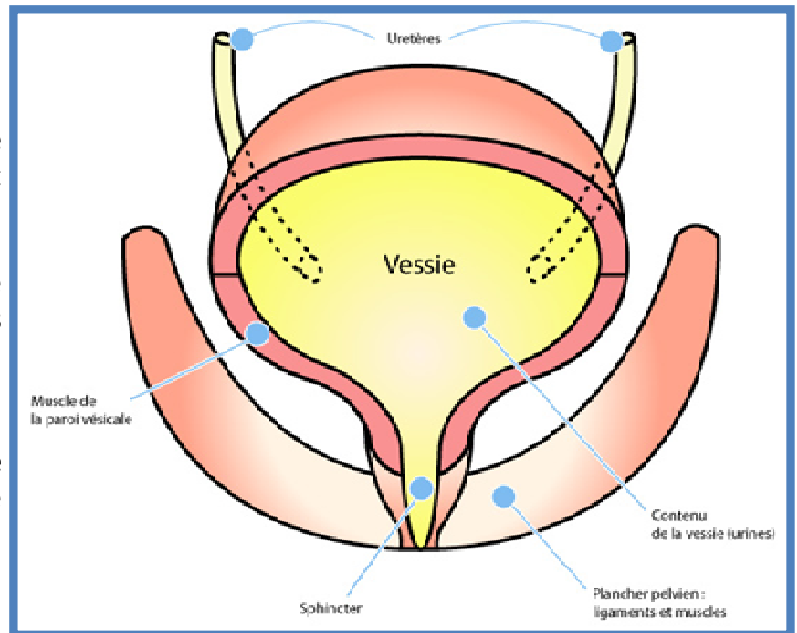
Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

Le maintien de la continence dépend du bon fonctionnement de tous ces éléments.

L'appareil vésico- sphinctérien est contrôlé par le système nerveux, qui doit également être en état d'assurer son rôle.

Chez une personne continente, la vessie se remplit à basse pression tandis que les pressions urétrales restent élevées.

Au moment de la miction, le mécanisme s'inverse, les pressions urétrales s'effondrent, la vessie se contracte aboutissant à une miction normale permettant l'évacuation complète des urines.



◆ Physiopathologie de l'incontinence urinaire

Plusieurs types d'incontinence urinaire sont à différencier : incontinence urinaire d'effort, incontinence urinaire par hyperactivité vésicale et incontinence urinaire mixte, qui associe les deux types d'incontinence.

L'incontinence urinaire d'effort

Elle survient soit par altération du système de soutien périnéal responsable d'une hypermobilité de l'urètre lors des efforts, soit en raison d'une faiblesse sphinctérienne.

Certains efforts provoquent une hyperpression abdominale, la vessie étant située dans l'enceinte abdominale, l'hyperpression se répercute sur elle. C'est le cas des efforts de toux, rires, éternuements, course etc... Si le mécanisme de soutien de l'urètre ou le sphincter urétral sont altérés, la pression intra urétrale n'est plus suffisante par rapport à la pression intra vésicale, les fuites apparaissent.

Les causes favorisant l'IUE sont les accouchements multiples, les traumatismes obstétricaux, les antécédents de chirurgie pelvienne, toutes responsables d'une altération du soutien urétral.

Les pathologies responsables d'une hyperpression abdominale répétée sont : toux chronique, constipation, obésité etc...

L'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale

Cette incontinence est caractérisée par une augmentation de pression ou des contractions anormales de la vessie. Pour un remplissage faible, ces contractions déclenchent un besoin impérieux d'uriner (urgenterie) quelquefois accompagné de douleurs (cystalgies). Ces contractions non contrôlées s'accompagnent d'une augmentation de la pression dans la vessie. Lorsque la pression vésicale devient supérieure à celle du sphincter, ce dernier, même s'il est parfaitement fonctionnel, ne parvient plus à retenir l'urine et la fuite apparaît.

Les causes peuvent être parfois urologiques par irritation vésicale (cystite infectieuse, radique, tumorale, inflammatoire, calcul,) ou par obstacle cervico-urétral (sténose urétrale, bandelette sous urétrale trop serrée...), parfois d'origine psychogène.

Certaines maladies neurologiques comme la sclérose en plaques, la neuropathie diabétique ou les accidents vasculaires cérébraux peuvent également être à l'origine d'une hyperexcitabilité vésicale. Enfin les causes ne sont pas toujours connues et on parle alors d'hyperactivité vésicale idiopathique.

Ces différents phénomènes physiopathologiques peuvent coexister, on parle alors d'incontinence urinaire mixte.

Diagnostic et traitements

Incontinence urinaire d'effort : comment en faire le diagnostic ?

Cliniquement, la patiente décrit des fuites d'urines involontaires et non liées à une envie d'uriner. Ces fuites surviennent lors d'un effort : toux, éternuement, port de charge, pratique du sport... L'interrogatoire recherche des signes de gravité, fréquence des fuites, effort nécessaire pour la provoquer. Pour les incontinenances sévères, la simple marche ou le changement de position peuvent suffire, ces derniers éléments faisant suspecter une insuffisance sphinctérienne.

L'examen clinique, réalisé vessie pleine, suffit pour confirmer le diagnostic. Il vérifie le défaut de soutènement sous urétral et recherche la fuite urinaire à la toux en position couchée et debout. Dans sa forme typique et isolée, aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

Comment prendre en charge ce type d'incontinence ?

La prise en charge va dépendre de la gêne occasionnée par cette incontinence : ne sont traitées que les patientes gênées et demandeuses d'une prise en charge.

- ◆ La rééducation périnéale : chez une patiente gênée, il peut être proposé de première intention une rééducation périnéale, avec nécessité de réaliser plusieurs séances. Il existe un risque d'échec secondaire même en cas d'amélioration immédiate.
- ◆ La prise en charge chirurgicale est l'alternative à la rééducation, en cas d'échec, de contre-indication ou de refus de la patiente.
Avant de confirmer la chirurgie, un examen de la miction (débitmètrie) et éventuellement un examen urodynamique sont effectués. La technique chirurgicale proposée en première intention par l'urologue est la pose d'une bandelette sous-urétrale (TVT/TOT).
- ◆ D'autres interventions existent et peuvent être proposées : injections péri-urétrales, ballons péri-urétraux, sphincter artificiel, colpo-suspension. Elles peuvent être proposées en cas d'échec de la bandelette sous urétrale ou dans des situations très spécifiques.

Incontinence liée à une hyperactivité vésicale : comment en faire le diagnostic ?

Elle représente 10 % à 20% des cas d'incontinence chez la femme.

Cliniquement, l'incontinence est le plus souvent associée à des urgences mictionnelles (urgenturies) et à une fréquence exagérée du nombre des mictions (pollakiurie nocturne et/ou diurne). L'interrogatoire cherche à identifier les antécédents, les pathologies associées, les interventions sur le bassin, les traitements pris par la patiente.

L'examen uro-gynécologique recherche un trouble de la trophicité vaginale (sècheresse vaginale) témoignant d'une carence estrogénique, un prolapsus génito-urinaire (cystocèle avec plicature sous urétrale). L'examen vérifie l'absence de défaut de soutènement sous urétral et de fuite urinaire à la toux.

Des examens complémentaires sont parfois nécessaires pour rechercher des facteurs irritatifs (tumeur de la vessie, corps étranger, calculs intra vésicaux) par analyse cyto bactériologique des urines, échographie cystoscopie et cytologie urinaire. Le catalogue mictionnel donne des éléments importants sur le volume et le nombre des mictions et des fuites d'urine. Il reflète également le retentissement des symptômes sur l'activité quotidienne. L'examen urodynamique permet de rechercher l'hyperactivité détrusorienne (cystomanométrie) et mesure le tonus du sphincter (profilométrie urétrale).

Comment prendre en charge ce type d'incontinence ?

Si une cause est identifiée, celle-ci doit être traitée. Dans le cas contraire, le traitement va être symptomatique avec en première intention rééducation et traitement médical, local pour améliorer le tonicité des tissus vaginaux ou par médicaments visant à « décontracter » la vessie (anticholinergiques).

S'il n'y a pas de cause identifiée là encore, ne sont traitées que les patientes gênées et demandeuses d'une prise en charge.

- ◆ Mesures hygiéno-diététiques : dans certains cas, il faudra conseiller à la patiente d'adapter son alimentation et son mode de vie. La fumée de cigarette irrite la vessie et la rend instable. Le vin, la bière et les spiritueux ont le même effet. Il faudra donc les éviter. Le café et le thé incitent les reins à produire davantage d'urine, ce qui accroît les symptômes d'hyperactivité vésicale. Boire trop d'eau peut stimuler la vessie. En général, la quantité d'eau ingérée doit être adaptée pour ne pas uriner plus d'un litre et demi par jour.
- ◆ Un traitement médical symptomatique peut être associé ou non à la rééducation. Il s'agit de médicaments de la classe des anticholinergiques. Ils agissent en bloquant les transmissions nerveuses entre les nerfs qui contrôlent la vessie et le muscle vésical. Souvent très efficaces, ils ne sont toutefois pas dépourvus d'effets secondaires, comme sécheresse de la bouche, vision trouble, fatigue ou difficultés à uriner. Ce traitement est en outre contre indiqué en cas de glaucome. L'association à un traitement trophique par voie vaginale peut améliorer les symptômes et diminuer le risque d'aggravation de la sécheresse locale par les anticholinergiques.
- ◆ La rééducation périnéale peut s'avérer efficace. Son principe est de bloquer les contractions anarchiques de la vessie en renforçant les muscles du plancher pelvien. La stimulation électrique vise à inhiber directement ces contractions anarchiques du muscle détroisor. Le traitement comportemental vise à rééduquer le cerveau par un entraînement approprié de la vessie. La réussite du traitement dépend en grande partie de la motivation de la patiente.
- ◆ Pour les patientes dont la symptomatologie est réfractaire, des traitements de deuxième intention peuvent être envisagés. Parmi celles-ci, la neuromodulation des racines sacrées est une technique ayant fait preuve d'efficacité et d'innocuité. Il s'agit de la pose d'un stimulateur implanté sur les racines nerveuses sacrées S3 (pacemaker vésical). L'implantation ne se fera qu'après réalisation d'un test thérapeutique (électrode temporaire implanté dans les racines nerveuse et reliée a un boîtier de stimulation externe).

Incontinence mixte

Le bilan urodynamique est ici nécessaire. Les deux aspects de l'incontinence sont traités, chacun par les méthodes décrites ci-dessus. On commence par traiter le type d'incontinence qui occasionne la gêne la plus importante (exemple : fuites par urgence tous les jours, rares fuites à la toux). Les traitements peuvent être associés ou successifs. L'urologue informe précisément la patiente sur ce qui est attendu du traitement proposé et surtout ce qui n'est pas attendu, étant donné la complexité de prise en charge de ce type d'incontinence mixte.

Intérêt de la prise en charge ?

Quel que soit le type d'incontinence, la prise en charge est aujourd'hui très insuffisante (moins de 20% des incontinences). Cette pathologie compromet l'activité physique et les relations sociales quel que soit l'âge. Chez la personne âgée ou handicapée, elle diminue l'autonomie. L'incontinence ne doit plus être considérée comme un état inéluctable chez la femme, mais comme un état pathologique nécessitant consultation et prise en charge.

* L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.