



ANNEE UNIVERSITAIRE 2024/2025



# Incontinence Urinaire



Dr Chelef

# I. Définition

- Perte involontaire des urines en dehors de la miction.

## II. Facteurs favorisants

- **Femme** : Obésité, multiparité, activité sportive, chirurgie pelvienne
- **Homme** : Incontinence urinaire et SBAU (Symptômes du bas appareil urinaire).

# III. Physiologie

- La sensation du besoin d'uriner survient progressivement à partir d'un seuil d'environ **150 ml**.
- L'envie maximale = **300 ml (FEMME), 500 ml (HOMME)**.
- Les résistances urétrales sont la résultante de 2 systèmes :
  - **Un système ACTIF** : sphincter lisse (le col vésical) + sphincter strié (plus puissant, entourant l'urètre) → Fermés en dehors de la miction.
  - **Un système PASSIF** : l'ensemble des forces physiques gênant l'écoulement de l'urine (longueur urétrale, hypertrophie prostatique, sténose acquise) → PLUS FAIBLE CHEZ LA FEMME.
- **Contrôle neurologique complexe** :
  - Système sympathique et somatique : support de la continence
  - Système para sympathique : moteur de la miction.

# IV. Types d'incontinence urinaire

## A. Incontinence urinaire d'effort (50%) :

### 1) Définition :

- Perte urinaire à l'effort ou à la poussée abdominale (toux, marche, rire) en position debout → La pression vésicale devient > pression urètre → FUIITE.
- Vidange vésicale incomplète lors de la fuite.
- Femmes +++ > Hommes (la longueur de l'urètre masculin & la force du sphincter strié).

### 2) Mécanismes :

- **Hypermobilité urétrale** ou cervico-cystoptose (chez la **femme seulement**).
- **Insuffisance sphinctérienne** par diminution du tonus sphinctérien (chute de la pression de clôture) → Chez la femme + homme (le seul mécanisme chez lui).

### 3) Etiologies :

- FEMME :
  - Traumatismes obstétricaux & chirurgicaux.
  - Troubles trophiques liés à la ménopause.
  - Pathologies mécaniques avec effort de poussées abdominales répétées : constipation, toux chronique, obésité, port de charges lourdes.
- HOMME :
  - Fractures du bassin & de l'urètre avec destruction de l'appareil sphinctérien.
  - Prostatectomie radicale.
  - Chirurgie de l'HBP
  - Radiothérapie pelvienne.

# IV. Types d'incontinence urinaire

## B. Incontinence urinaire par impériosité « URGENTURIE » (20%) :

### 1) Définition :

- Impossibilité de retenir ses urines lors d'un besoin urgent.
- Associée à une pollakiurie diurne ou nocturne.

### 2) Mécanismes :

- Instabilité du détrusor (irritation vésicale infectieuse ou neurologique).
- Diminution de la compliance vésicale.

### 3) Etiologies :

#### • FEMME :

- Irritation vésicale
- Obstacle sous vésical (sténose du méat urétral)
- Rétraction vésicale (tuberculose, bilharziose, radiothérapie pelvienne, tumeur pelvienne).
- Vessie hyperactive neurogène centrale : sclérose en plaque, PARKINSON, traumatisme médullaire.
- Psychogène.

#### • HOMME :

- Irritation vésicale
- Obstacle sous vésical : adénome ou cancer de la prostate, sténose du méat urétral.
- Rétraction vésicale (tuberculose, bilharziose, radiothérapie pelvienne, tumeur pelvienne).
- Vessie hyperactive neurogène centrale : sclérose en plaque, PARKINSON, traumatisme médullaire.

## IV. Types d'incontinence urinaire

- **C. Incontinence urinaire mixte (30%)**

- Associe les deux types d'incontinence

- **Enurésie**

- Miction involontaire

- **Incontinence permanente**

- Fuites d'urines permanentes non précédées d'une urgenturie et en dehors de tout effort

# V. Examen Clinique : CAPITAL +++

## A. Interrogatoire :

- Ancienneté du trouble
- Circonstances d'apparition
- Type des fuites : spontanées ou à l'effort
- Circonstances déclenchantes
- Importance des fuites (nombre, type de protection /j)
- Evolutivité
- Retentissement psycho-social
- Echelle MHU (Mesure Handicap Urinaire).
- Catalogue mictionnel
- Contilife (Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire de la femme).
- Important+++

Devant une perte permanente d'urine, il faut penser à une fistule vésico-vaginale.



# V. Examen Clinique : CAPITAL +++

## B. Examen clinique :

### 1) Modalités :

- Vessie remplie à 200-250 ml
- Patiente allongée en position gynécologique.
- En cas de fuites objectivées → examen en position debout.

### 2) Pour les incontinences d'effort :

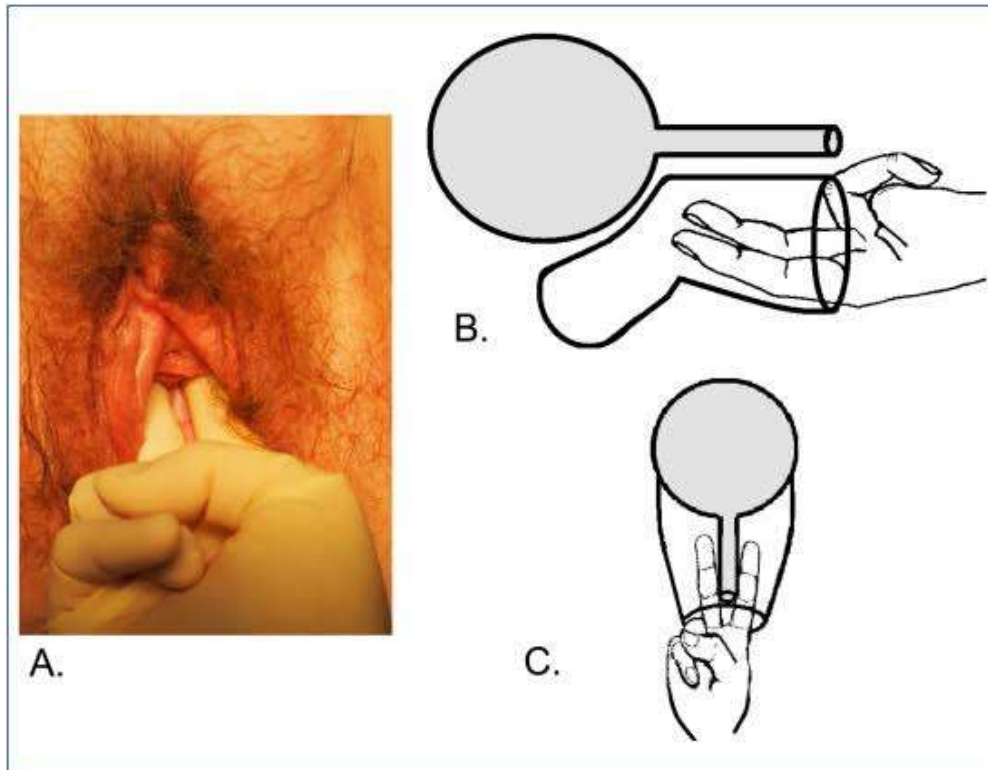
- Fuites urinaires lors d'un effort de toux.
- Evaluer la trophicité vulvovaginale.
- Bilan étiologique par testing périnéal (1 à 5) :
  - Evaluer le plancher pelvien.
  - Manoeuvres de soutènement urétral (mimant le TRT chirurgical) :
    - **Manoeuvre de Bonney** : Soutien du col vésical à l'effort : + si disparition des fuites → **Mime la colposuspension de BURCH** (rarement réalisée).
    - **Manoeuvre d'Ulmsten (USM ou TVT) +++** : soutien du 1/3 moyen de l'urètre → **Mime les bandelettes sous urétrales.**

### 3) Pour les incontinences par impériosité (urgenturie) :

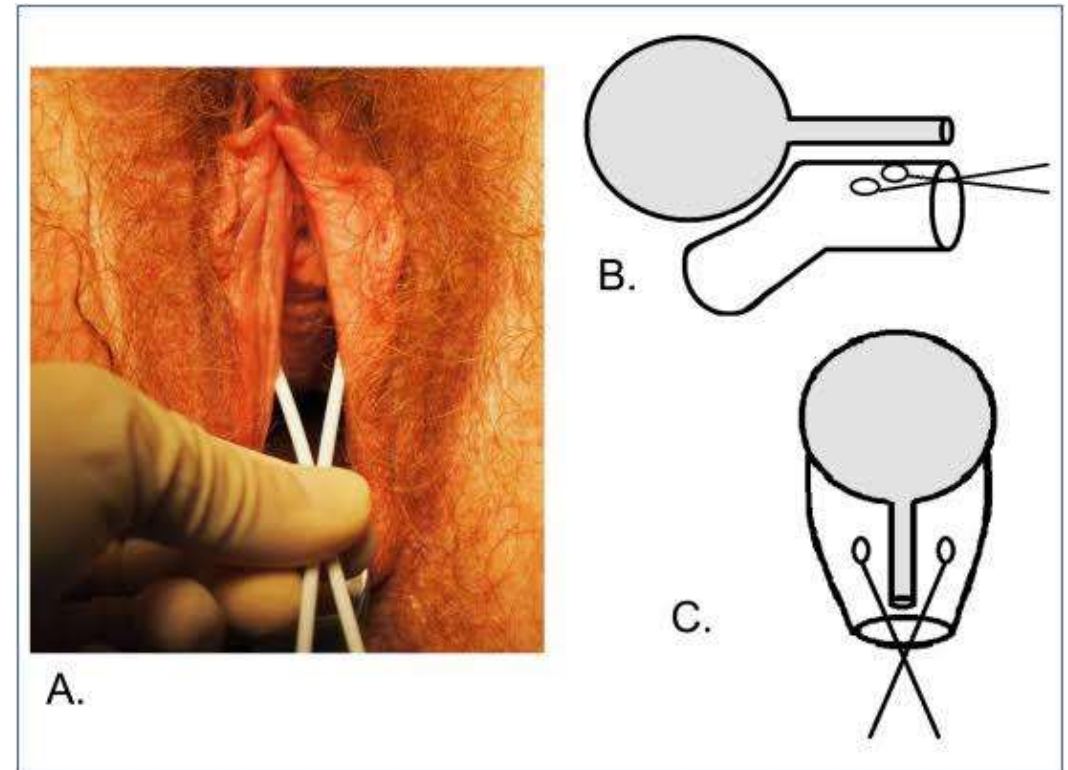
- Bandelettes urinaires : infections
- Touchers pelviens
- Examen neurologique : sensibilité périnéale, réflexe bulbo-caverneux.

# V. Examen Clinique : CAPITAL +++

## Manoeuvre de Bonney



## Manoeuvre d'Ulmsten



## VI. Examens complémentaires :

- Pas d'intérêt diagnostique.
- Orienter le diagnostic étiologique.
- Orienter les possibilités thérapeutiques
- Prévoir le résultat des différents traitements proposés.

Examen cytot bactériologique des urines

Echographie abdomino-pelvienne :

- Calcul du **résidu post-mictionnel**
- **Recherche d'une tumeur vésicale ou pelvienne.**
- Autres : UCR, IRM, Cytoscopie
- ***Bilan Urodynamique : (systématique → avant le TRT chirurgical)***

### Débitmétrie :

- Analyser la qualité de la vidange vésicale
- Le temps de miction
- Le débit maximum
- Aspect de la courbe
- Obstruction : Débit maximal <15 ml/s

### Cystomanométrie :

pression vésicale pendant le remplissage :

- La pression detrusorienne de base
- La perception du besoin
- L'activité detrusorienne
- La capacité vésicale
- La compliance vésicale

### - Profilométrie Urétrale:

### ⑩ Exploration sphinctérienne :

- Statique (au repos)
- Dynamique (à l'effort)
- Pression de clôture : **110 – âge +/- 20% (<30 cm d'eau = insuffisance sphinctérienne)** ;
- Qualité du sphincter
- Longueur urétrale

# VII. Traitement :

## Incontinence urinaire d'effort :

**A. Conseils hygiéno-diététiques :** Agir contre les facteurs de risques +++

- Obésité, activité sportive, constipation, bronchite chronique, rhinite allergique, réduire les boissons

**B. Rééducation : « 1ère intention »**

**1) But :**

- Renforcer le tonus du plancher pelvien et du sphincter strié
- Sollicite les muscles élévateurs de l'anus et les bulbo-spongieux

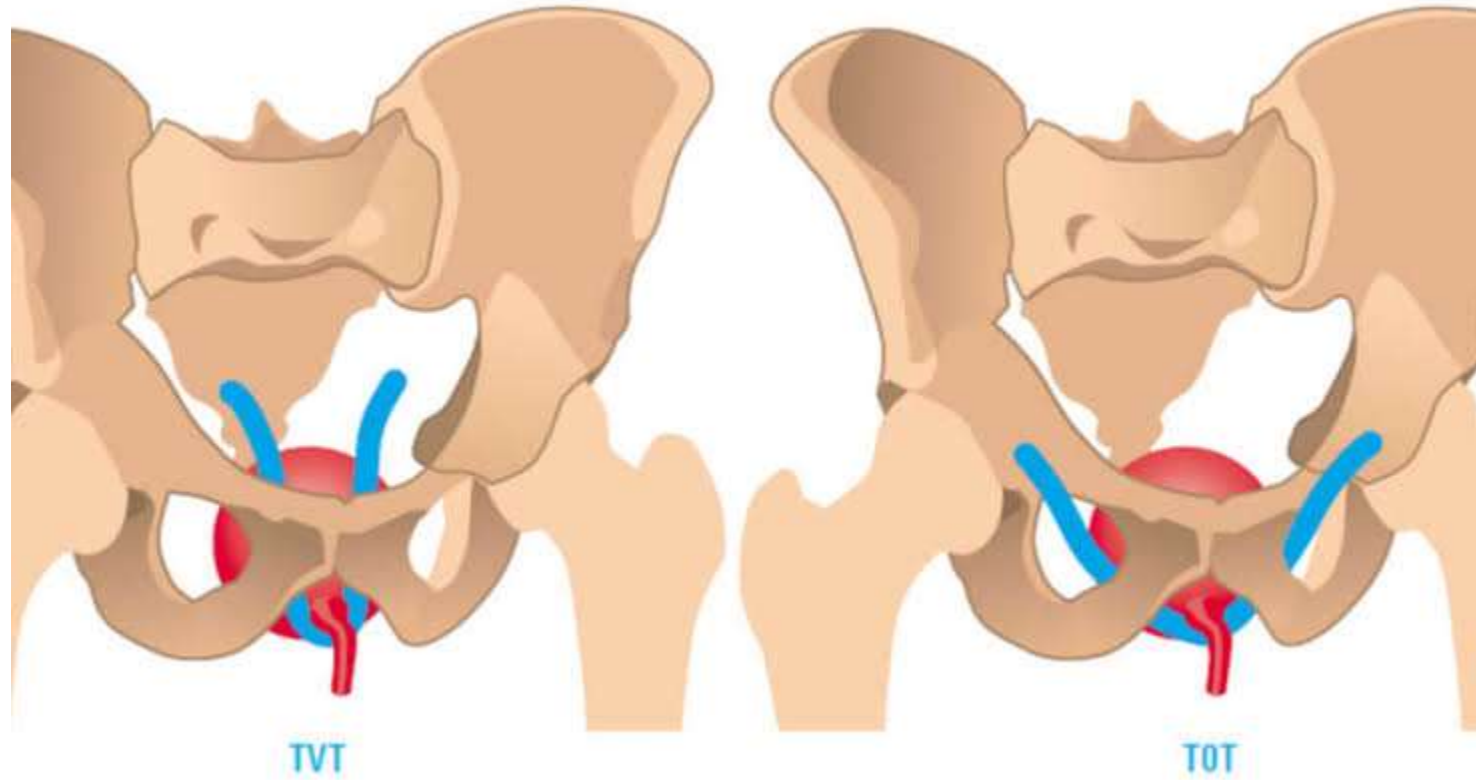
**2) Techniques :**

- Electrothérapie
- Biofeedback
- Rééducation manuelle
- Auto rééducation

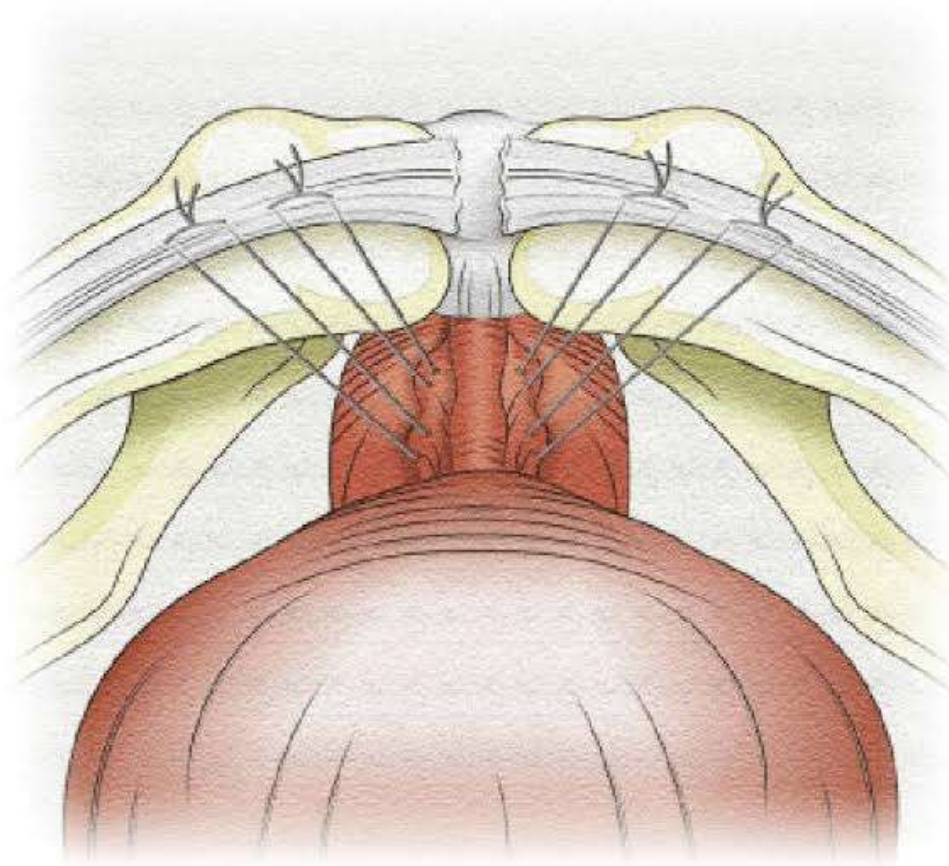
# VII. Traitement :

- **C. Traitement chirurgical : (échec de la rééducation)**
- ○ *Bandelettes sous urétrales :*
  - • TVT (Tension-free vaginal tape)
  - • TOT : in-out / out-in
  - • Mini bandelettes
  - • Indication : **hypermobilité urétrale (chez la femme).**
- ○ *Sphincter artificiel :*
  - • Guérison de 90%
  - • Indication : **insuffisance sphinctérienne majeur** (PCUM < 20 cm d'eau)

# Bandelettes sous urétrales

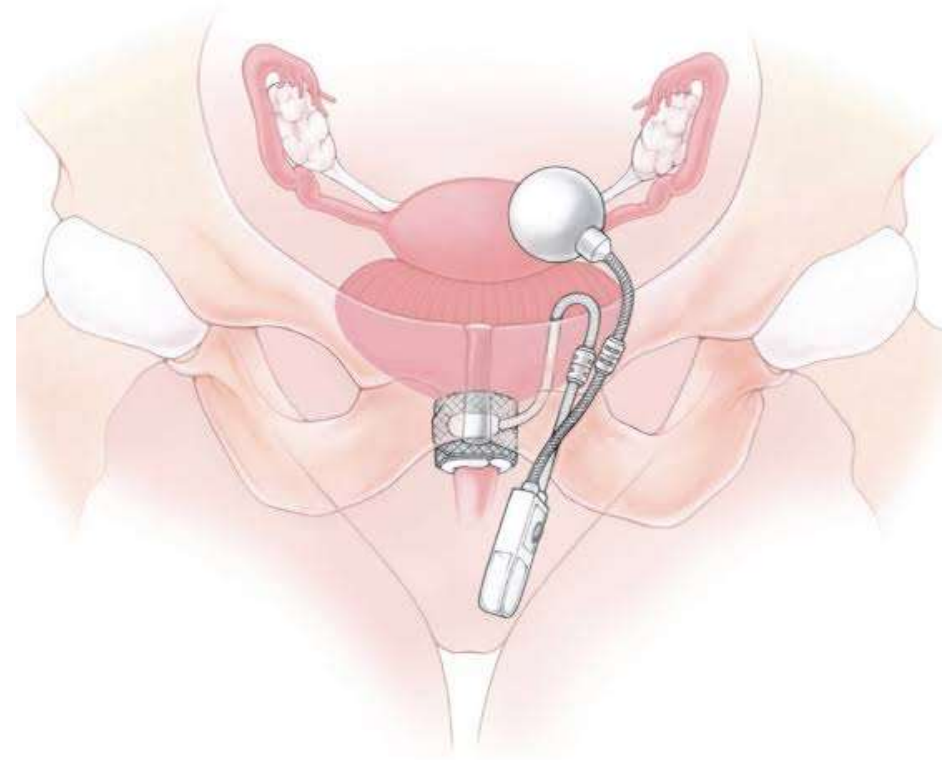
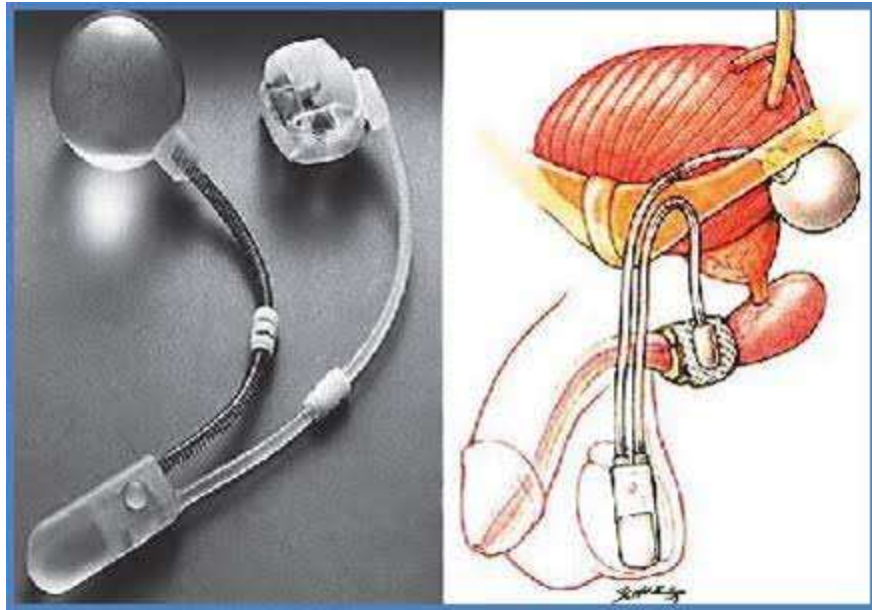


# Colposuspension de Burch





# Sphincter Artificiel





# VII. Traitement :

- † Incontinence par impériosité « URGENTURIE » :
- A. Traitement étiologique :
  - Traitement d'une infection urinaire
  - Traitement d'une HBP
  - TRT d'une pathologie neurologique : SEP, PARKINSON.
- B. Rééducation vésico-sphinctérienne.
- C. Traitement médical :
  - ⑩ TRT anticholinergique +++ (inhibition du système parasympathique & donc la contraction du détrusor)  
→ sécheresse buccale, glaucome à angle fermé.

# VII. Traitement :

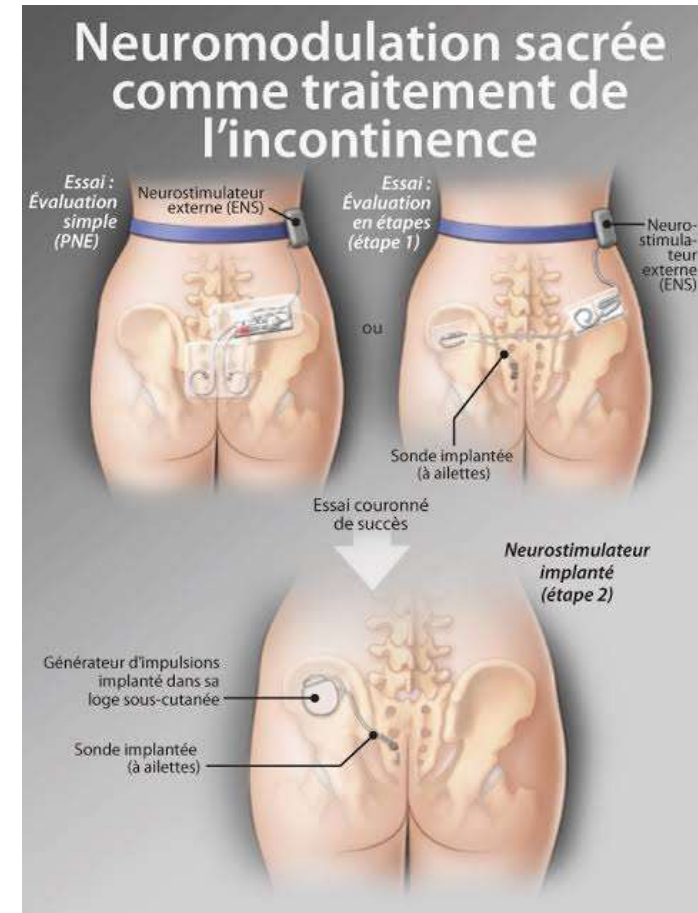
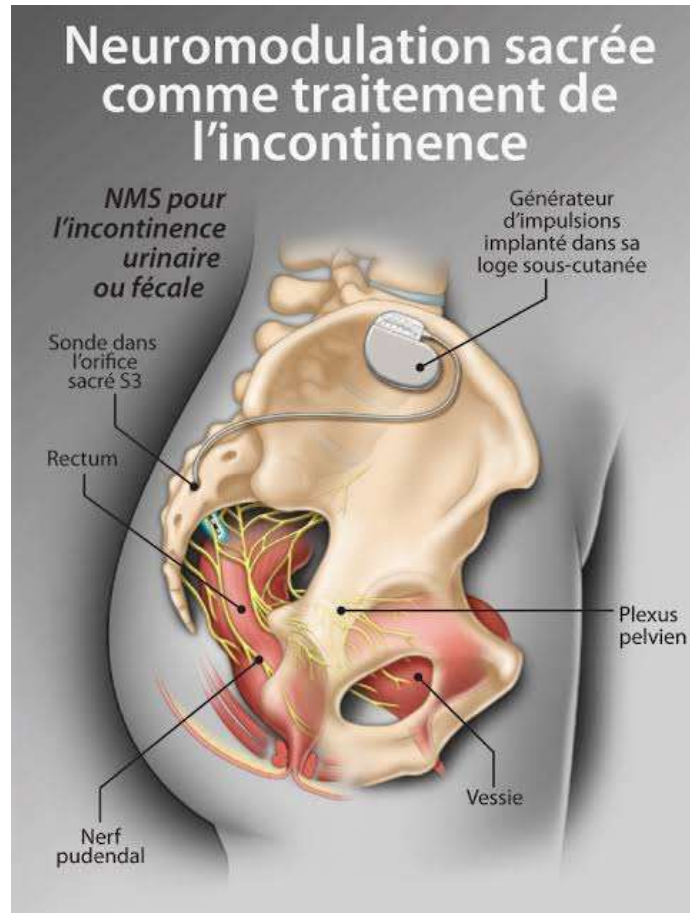
- **D. Traitement chirurgical : (échec des mesures précédentes)**

- Toxine botulique
  - Neuromodulation sacrée ou tibiale postérieure
  - Hydrodistension vésicale: remplissage par sérum physiologique sous anesthésie générale.
  - Cystectomie sus-trigonale avec entéro-cystoplastie d'agrandissement (CSTEA) : exérèse de la calotte vésicale
- + confection d'un nouveau réservoir vésical à l'aide de l'intestin grêle prélevé & anastomosé au trigone vésical.

Instabilité du détrusor

Diminution de la  
compliance vésicale

# Neuromodulation sacrée



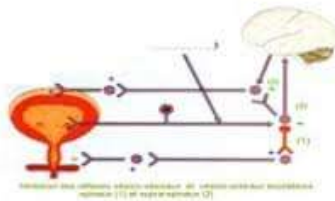
# Neuromodulation tibiale postérieure

## Neurostimulation tibiale postérieure

### Principe

Stimulation à la cheville du nerf tibial postérieur

Nerf mixte, contingent de fibres L4-S3, originaires de segments impliqués dans l'innervation périnéale et vésicale.



Voie transcutanée par électrodes adhésives

Régions sus et sous malléolaires interne

Stimulation quotidienne (20') à domicile, autonome, 3 mois

Appareil disponible et inscrit à la LPR,

Location ou achat

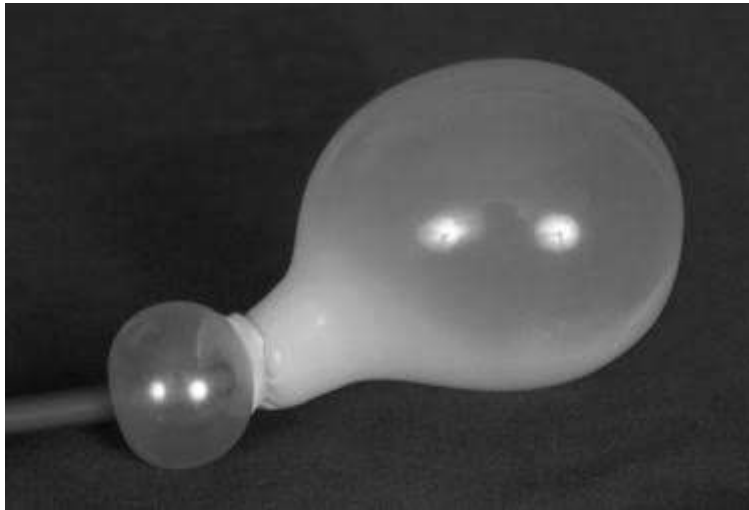
0.7 euros par jour

AMM pour les indications urologiques et livret explicatif

Urostim 2 Schwa Medico©



# Hydrodistension vésicale



## Hydrodistension vésicale

- Mécanisme ?
  - Nécrose ischémique des fibres nerveuses
- Durée
  - De 30 minutes à 3 heures
- Volume
  - Pression intra-vésicale de 80cm d'H<sub>2</sub>O
- Efficacité
  - Etudes très hétérogènes
  - 50 à 70% d'amélioration à 3-6 mois

# Entérocystoplastie d'agrandissement

