

Définition:

L'incontinence urinaire est définie comme étant « une fuite involontaire d'urine par le méat urétral et ayant un retentissement social ou hygiénique et démontré de manière objective »

On distingue :

- 1•L'incontinence urinaire d'effort
- 2•L'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale (urgenturie)
- 3•L'incontinence urinaire mixte

L'incontinence urinaire d'effort : (la plus fréquente)



Est caractérisée par une fuite involontaire d'urine, non précédée d'une sensation de besoin d'uriner et qui survient à l'occasion d'une élévation de la pression abdominale telle qu'un effort de toux, soulèvement de charge ou de toute autre activité physique.

Ce type d'incontinence est lié à un dysfonctionnement du système ligamento-musculaire qui assure la fermeture du canal de l'urètre hors des périodes de miction.

L'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale (urgenturie) :

Est caractérisée par une perte involontaire d'urine, précédée par un besoin urgent et irrésistible d'uriner aboutissant à une miction qui ne peut être contrôlée

Ces épisodes de fuite peuvent survenir au repos, la nuit, sans notion d'effort

Elle résulte de contractions vésicales anormales non inhibées.

L'incontinence urinaire mixte

Attention :

Il ne faut pas confondre l'IU et une miction par regorgement sur globe vésical chronique ou une fistule vésico-vaginale (perte involontaire d'urine mais par le vagin).

Epidémiologie

La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge (30% à 50 ans)

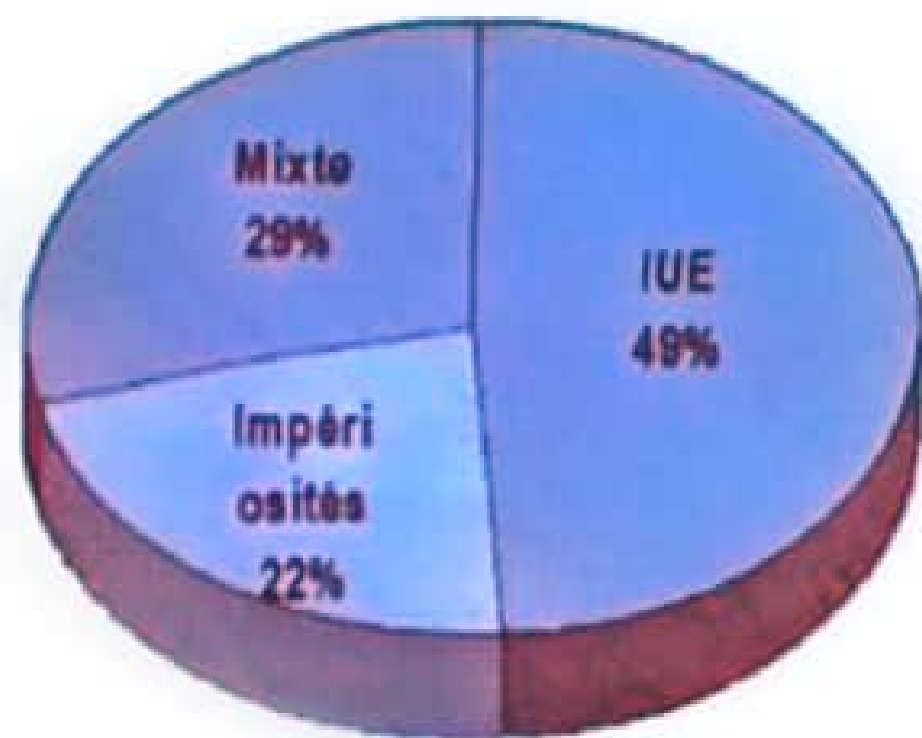
L'IUE prédomine chez les femmes jeunes ou en milieu de vie alors que l'IUH et l'IUM sont prépondérantes chez la femme âgée.

3 femmes sur 10 souffrent d'IU, mais moins de 50% consultent car :

- Gêne
- Processus normal du vieillissement
- Efficacité des couches
- Peur de la chirurgie



**L'incontinence urinaire d'effort
est la cause la plus fréquente
des fuites d'urines**



Facteurs de risque :

- **L'âge et la ménopause:** la fréquence augmente avec l'âge.
- **Facteurs constitutionnels :** musculature abdominale développée, race noire, asiatique.
- **Antécédents obstétricaux :** La multiparité surtout accouchements difficiles ou traumatiques, (manœuvres obstétricales, épisiotomies , le poids des enfants à la naissance (macrosomie)
- **Trouble de la défécation:**
 - Constipation terminale sévère.
 - Poussée abdominale importante.
- **Activité sportive:**
 - 10 à 40 % des sportives jeunes.
 - Renforcement excessif des muscles abdominaux sans contrôle de la musculature périnéale.
- **Interventions chirurgicales :** chirurgie pelvienne: urètre, épisiotomie , proctologique.
- **Autres facteurs:** obésité , tabagisme , toux chronique...etc.

Physiopathologie:

Mécanismes de l'incontinence d'effort :

- **Hyper mobilité urétrale (90%)**: résultant d'une perte de tonus des tissus de soutien de l'urètre proximal
 - Accouchement
 - Efforts répétés (toux chronique, constipation ,sport...)
 - Constitutionnel
- **Insuffisance sphinctérienne (10%)**: baisse ou disparition du tonus sphinctérien.

Diagnostic et évaluation :

Interrogatoire:

Le mécanisme.

Les circonstances de survenue des fuites, leur sévérité, leur fréquence

L'existence d'éventuels facteurs favorisants, l'existence d'éventuelles mesures prises pour éviter les fuites

Les symptômes associés du bas appareil urinaire

Questionnaires de qualité de vie : Impact émotionnel, sexualité, qualité de vie globale

Signes cliniques d'IUE:

Fuites en jet

Après un effort

Eternuement > toux > marche > changement de position

Habituellement pas de fuites nocturnes

Facilite d'adaptation

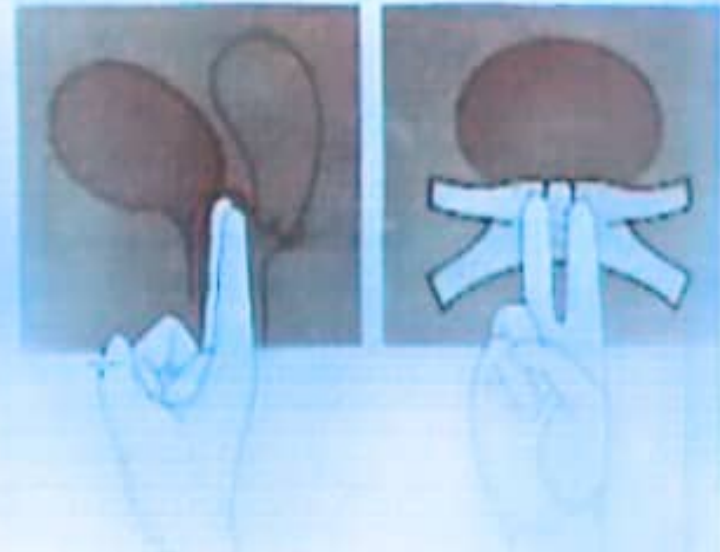
Examen physique d'une patiente consultant pour incontinence urinaire :

Il est urologique/gynécologique et neurologique

Mise en évidence des fuites urinaires à l'effort.

(L'examen se fait dans certaines conditions optimales à vessie pleine, en position gynécologique et en position debout. Il recherche notamment des fuites urinaires à l'effort de toux et de poussée. Il doit permettre la réalisation des manœuvres de soutènement du col vésical, par la manœuvre dite de Bonney (doigts intravaginaux et para-urétraux)

- Test de Bonney(+) : Correction des fuites par la manœuvre : défaut de soutien de l'urètre à l'origine de la fuite
- Test de Bonney(-) : Insuffisance sphinctérienne



-Trophicité vaginale

-Catalogue mictionnel+++ : nombre volume et horaire des mictions et des fuites urinaires.

-Test de pesée des protections urinaires sur 1 heure ou 24 heures (+si >20g):Pad-test (Non obligatoire , permet de quantifier objectivement l'incontinence)

-Une estimation du résidu post-mictionnel

-Réaliser un testing musculaire.

-Rechercher un trouble de la statique pelvienne

Explorations à réaliser devant une incontinence urinaire :

Examen cyto **bacté**riologique des urines :incontinence urinaire par impériosite ou mixte et avant bilan urodynamique et cystoscopie

Échographie pelvienne et vésicale:

Non recommandée en première intention sauf échographie pour la mesure du résidu post-mictionnel

Bilan urodynamique:permet d'expertiser l'équilibre vésicosphinctérien et ses résultats aideront à poser les indications thérapeutiques

Non obligatoire si incontinence urinaire d'effort pure

Avant toute chirurgie d'une incontinence urinaire d'effort pure

Cystographie / cystoscopie

Cystomanométrie

Sphinctérométrie et profilométrie urétrale

TRAITEMENT :

Traitement de l'incontinence urinaire d'effort :

Modalités thérapeutiques - Indications

- 1. Règles hygiéno-diététiques*
- 2. Traitements médicamenteux*
- 3. Traitement chirurgical*



A/Les règles hygiéno-diététiques :

- La régulation des boissons (Diminution de la consommation de caféine ++).
- La réduction d'une surcharge pondérale.
- L'arrêt du tabagisme.
- Traiter des infections urinaires concomitantes
- Procéder à la régularisation du transit
- Le traitement de l'atrophie vaginale est nécessaire par la prescription d'œstrogènes d'action locale.

B/La rééducation fonctionnelle:

- Les exercices de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien
- L'électrostimulation et le biofeedback qui ont montré leur efficacité
- Objectifs :
 - Renforcement de la sangle musculaire périnéale
 - Acquisition du réflexe de verrouillage périnéal à l'effort

C/Traitements médicamenteux:

- Il n'existe pas de traitement médicamenteux de l'IUE. En cas d'IU par urgenturie, on peut prescrire des anticholinergiques comme l'oxybutinine (Ditropan®) ou la solifénacine (Vésicare®).
- Inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (duloxétine : Yentreve®): en cours d'évaluation

D/Traitement chirurgical :

1. Les bandelettes sous-urétrales sont le traitement chirurgical de première intention de l'IUE de la femme (cervico-cystoptose/hypermobilité urétrale) après échec de la rééducation périnéale

•Objectifs

- Refaire le hamac sous urétral
- Renforcer la pression sphinctérienne

• Les BSU sont des bandelettes qui vont être placées sous le tiers moyen de l'urètre pour redonner un soutien à cette zone sans exercer de compression sur l'urètre

Il existe deux techniques de pose de bandelette

• le passage en sus pubien (Trans Vaginal Tape TVT)

• Le passage en Trans obturateur (Trans Obturator Tape TOT)



Passage en
sus pubien (TVT)



Passage en
Trans Obturateur (TOT)

Ce type d'intervention est relativement simple, sa durée moyenne est d'environ 20 min.

La durée d'hospitalisation varie de quelques heures (chirurgie ambulatoire) à 48 heures en fonction de l'état général de la patiente.

L'efficacité de cette chirurgie varie de 85 à 90% de disparition totale des fuites à l'effort pendant une période d'au moins 15 ans.

Après la sortie de l'hôpital il est recommandé de ne pas faire d'efforts importants ni d'activité sexuelle durant 1 mois.

Principales complications :

Plaie de vessie : 5-7%, aucune conséquence

Infection urinaire post opératoire : 5 à 10%

Rétention post opératoire < 5%

Douleurs prolongées < 2%

Diminution de la force du jet : 5 à 20%

2. Le sphincter artificiel urinaire (SAU) : En cas d'IUE par insuffisance sphinctérienne

La complication la plus sérieuse est l'**érosion-infection** au contact du matériel qui oblige à explanter le SAU et intéresse 3 à 12 % des patientes.



3. Les ballonnets para-urétraux : En cas d'IUE par insuffisance sphinctérienne

- Les ballons sont placés de part et d'autre de l'urètre.
- Le plus près possible du col vésical, sous le fascia endopelvien.

D/Traitement chirurgical: quelle méthode?

En cas d'IUE par hypermobilité urétrale, une bandelette sous-urétrale synthétique de type TOT (Trans Obturator Tape) ou TVT (Trans Vaginal Tape) est le plus souvent proposée.

En cas d'IUE par insuffisance sphinctérienne, le sphincter urinaire artificiel est le traitement de référence. Les ballonnets péri-urétraux lorsque l'IU est modérée ou que le sphincter urinaire artificiel est contre-indiqué (troubles cognitifs...)



CONCLUSION:

-L'incontinence urinaire à l'effort est un problème fréquent chez la femme et a des conséquences fâcheuses sur sa qualité de vie.

Heureusement, il existe des solutions telles que des changements au style de vie, des exercices et, au besoin, une intervention chirurgicale.