



Association
Française
d'Urologie
www.urofrance.org

Dossier de presse

1^{ère} Semaine de la Continence Urinaire

Du 22 au 27 mars 2010

**Acquérir, dès l'enfance, les bons réflexes
et préserver la continence tout au long de la vie**



Service de presse et de communication :

Marie-Hélène Coste / Véronique Simon
MHC Communication
38 avenue Jean Jaurès – 94110 Arcueil
Tél. : 01 49 12 03 40 - Fax : 01 49 12 92 19
MHC@mhccom.eu

Introduction

La miction, un subtil équilibre qui met en jeu des phénomènes complexes.

La miction (c'est-à-dire l'élimination des urines) est un mécanisme essentiel à notre santé puisqu'il participe à l'évacuation des déchets de notre organisme.

Le contrôle des urines (la continence urinaire) repose sur une mécanique locale (vessie, sphincter, périnée) et des structures neurologiques médullaires ou corticales très élaborées.

L'hypophyse gère la production de l'hormone anti-diurétique (vasopressine). L'équilibre entre les systèmes nerveux sympathique et parasympathique contribue au bon fonctionnement des récepteurs vésicaux et urétraux qui jouent un rôle dans la contraction du détrusor (ensemble des cellules musculaires de la vessie).

La continence urinaire peut donc être affectée par des dysfonctionnements des systèmes nerveux central ou autonome, qu'ils soient d'origine accidentelle (traumatisme de la moelle épinière), pathologique (sclérose en plaques, maladie de Parkinson), ou qu'ils soient liés au processus physiologique du vieillissement.

Au niveau local, la continence urinaire repose sur l'équilibre entre la pression de la vessie (relaxation ou contraction du détrusor) et la résistance du sphincter.

Si la pression vésicale est supérieure à la capacité de résistance du sphincter et du périnée, les fuites sont possibles.

Tout déséquilibre peut être à l'origine d'une incontinence urinaire :

- ⓐ Lorsque la mécanique locale ne fonctionne pas bien...
- ⓑ Si la vessie est trop petite ou trop grande, trop contractile ou bien encore trop flasque ;
- ⓒ Si les muscles du périnée ou du sphincter sont trop faibles.

On distingue essentiellement :

L'incontinence urinaire d'effort (IUE) : c'est une perte involontaire d'urine survenant lors d'un effort musculaire, sans être précédée de sensation de besoin d'uriner. Elle est causée par le déséquilibre entre la pression abdominale augmentée par l'effort et la capacité de résistance du sphincter. Elle peut être provoquée par le rire, la toux, la course, la marche, la levée d'un poids, certains sports, voire les rapports sexuels.

L'incontinence urinaire par impériosité dite « urgenturie » : la perte des urines survient à la suite d'une envie pressante, impérieuse. Elle est liée à l'hyperactivité vésicale : les récepteurs de la vessie envoient des messages au cerveau (centre régulateur de la miction) pour qu'il régule la contraction du détrusor et le relâchement du sphincter. Dans certaines circonstances, il peut se produire des contractions inappropriées du détrusor, qui ne sont pas inhibées par les mécanismes réflexes habituels.

On parle d'incontinence urinaire mixte lorsqu'incontinence d'effort et incontinence par impériosité sont associées chez un même patient.

En effet, souvent l'incontinence urinaire est due à l'intrication de plusieurs facteurs que l'urologue identifiera.

Acquérir, dès l'enfance, les bons réflexes pour « faire pipi zen » toute la vie

Le contrôle de la continence est l'une des dernières fonctions acquises par l'enfant.

L'acquisition de la propreté dépend de la maturité neurologique de l'enfant (qui n'a rien à voir avec sa maturité intellectuelle), **de l'équilibre entre la maturité de la vessie et des sphincters** : une vessie immature est une vessie qui se contracte trop souvent et de manière intempestive, provoquant des envies impérieuses (difficiles à retenir) et des pertes d'urine fréquentes et brutales.

L'apprentissage de la propreté se fait au rythme de chaque enfant, ainsi :

- 🕒 entre 3 et 4 ans, près d'1 enfant sur 2 est propre la nuit,
- 🕒 9 enfants sur 10 entre 5 et 10 ans,
- 🕒 99 enfants sur 100 vers 10 ou 11 ans.¹

Cependant, la continence urinaire n'est pas le seul enjeu de l'apprentissage de la miction chez l'enfant.

Il est aussi très important que celui-ci acquière les bons réflexes qui contribueront à sa bonne santé urinaire et à la préservation de la continence toute la vie.

Outre l'indispensable lavage des mains sur lequel doit impérativement s'achever tout passage aux toilettes, acquérir les bons réflexes, c'est par exemple...

Prendre le temps d'uriner sans pousser... parce que la pression abdominale risque, à long terme, d'endommager le plancher pelvien et de favoriser le développement d'une incontinence d'effort.

Pour les filles, prendre l'habitude de s'essuyer dans le bon sens, de l'avant vers l'arrière... afin d'éviter la migration des germes du colon vers le bas appareil urinaire.

S'installer confortablement (debout pour les garçons, assise, les genoux écartés pour les filles)... il s'agit là de favoriser la décontraction des muscles du périnée pour éviter d'avoir à pousser, tout en optimisant la vidange.

Faire pipi jusqu'à la dernière goutte... car les résidus d'urine favorisent le développement des cystites. Interrompre la miction volontairement est un très mauvais exercice que même les adultes doivent éviter.

¹ D'après une enquête réalisée, en France, auprès de 3 803 enfants scolarisés. Cf. *Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire* réalisé par le Pr. François Haab pour le Ministère de la Santé, avril 2007.

Ne pas se retenir trop longtemps :

aller uriner toutes les 3 heures (soit le matin, avant de partir à l'école, à chaque récréation durant la journée, au retour à la maison, le soir avant de se coucher !), prévient le développement des germes et des infections.

Cela permet aussi d'éviter **la rétention** des urines due à l'incapacité de se relâcher lorsqu'on s'est retenu trop longtemps, **les fuites** dues à la difficulté de percevoir ses envies d'uriner ou bien à des besoins urgents, **et même la constipation** liée à la perte de sensation.



Extrait de l'accroche-porte imaginé en 2006 par l'AFU pour favoriser l'éducation à la miction.

Cependant, nombreux sont les enfants qui évitent, toute la journée, les toilettes de l'école et n'urinent qu'à leur retour à la maison vers 16h30, dans le meilleur des cas, plus tard lorsqu'ils restent à l'étude.

Ainsi, une étude menée en avril 2007² grâce à un questionnaire remis à des élèves et des enseignants de CM1-CM2, a mis en évidence un certain nombre d'obstacles à la fréquentation des toilettes par les élèves.

Les réponses des élèves mentionnaient :

- ⓐ la mauvaise odeur des toilettes de l'école (72,9 %),
- ⓐ leur manque de propreté,
- ⓐ le manque d'éclairage (22 %),
- ⓐ le manque de chauffage (30 %).

² L'enquête a été diligentée à la mi-avril 2007 à partir du site Internet de l'Observatoire et relayée par les organisations syndicales et les fédérations de parents d'élèves membres de l'Observatoire. Les inspections académiques et les associations départementales des maires ont été informées. Le retour d'enquête était fixé impérativement à la fin de l'année scolaire 2006-2007. L'Observatoire a enregistré 865 réponses d'établissements répartis sur 55 départements accompagnées de 29 937 questionnaires renseignés par les élèves puisque plusieurs classes par école pouvaient répondre : 24 781 questionnaires ont été traités.

Il est apparu que, dans la mesure où ils évitent de fréquenter des toilettes jugées inaccueillantes (par 50,4 % d'entre eux), la moitié des élèves interrogés avouent avoir mal au ventre parce qu'ils n'ont pas pu ou voulu s'y rendre :

- ④ 15 % ont déclaré souffrir de constipation aiguë ou chronique³,
- ④ 21,6 % d'infections du bas appareil urinaire,
- ④ 18 % ont dit avoir déjà consulté un médecin pour l'un de ces 2 problèmes.

De leur côté, les enseignants ont *notamment* mis en avant des problèmes liés :

- ④ à l'intimité des élèves (« absence de cloisons séparatives de toute hauteur et présence d'un espace important au-dessus et/ou au-dessous des portes dans la moitié des écoles, dans 10 % des écoles on note l'absence de verrou ») ;
- ④ à la surveillance (dans 69 % des établissements concernés par l'étude, les toilettes ne font pas l'objet d'une surveillance spécifique) ;
- ④ aux accidents consécutifs, entre autres, aux glissades dans l'eau (22 % des établissements ont déclaré un accident).

L'Association Française d'Urologie a édité, en 2007, un livret pour expliquer aux enfants (de 6 à 10 ans), l'importance de la miction pour la santé et les inviter à des comportements adaptés et civils.

Remarqué par l'**Observatoire National de la Sécurité et de l'accessibilité** des établissements d'enseignement, ce livret diffusé gratuitement a remporté un franc succès auprès des enseignants, parents, grands-parents, désireux de sensibiliser les enfants à ces questions.



Afin de répondre à cette demande d'information et de conjuguer leurs efforts en matière d'éducation à la santé, et de prévention, l'AFU et l'ONS se sont cette année rapprochés afin de réfléchir ensemble à la poursuite de cette campagne vers les écoles, à la mise à disposition des outils déjà réalisés par les urologues et/ou à la mise en œuvre d'outils complémentaires pour les enseignants.

³ Le mode de recueil des données (questionnaire sur les symptômes) ne permet pas de vérifier la présence effective des troubles.

L'ENURESIE

C'est surtout très fréquent... ça arrive :

- ④ à près d'1 enfant sur 2 entre 3 et 4 ans,
- ④ à environ 1 enfant sur 10 entre 5 et 10 ans,
- ④ 1 enfant sur 100 vers 10 ou 11 ans.⁴
- ④ L'énurésie nocturne peut être due à plusieurs facteurs :
 - une vessie un peu trop petite, qu'il faut vider plus souvent,
 - **un sommeil profond qui résiste à l'envie d'uriner,**
 - **une trop faible sécrétion nocturne de l'hormone qui contrôle la production d'urine,**
 - **la persistance d'une immaturité vésicale.**

Lorsque l'énurésie persiste malgré l'adoption de règles d'hygiène de vie simples, il est conseillé d'aller consulter le médecin traitant qui orientera l'enfant vers un urologue.

L'urologue prescrit le recueil des urines sur 48 heures : chaque miction est mesurée et consignée dans un calendrier mictionnel (les urines de la nuit peuvent être mesurées en pesant une couche portée la nuit).

L'analyse des données fournies par le calendrier mictionnel, complétées, le cas échéant, par d'autres examens, permet d'établir la ou les causes de l'énurésie et de prescrire la ou les solution(s) adéquate(s).

Les solutions :

En fonction du type d'énurésie, le médecin proposera l'alarme, le traitement médicamenteux ou la combinaison de plusieurs techniques, ces solutions n'excluant pas, bien sûr, le respect des conseils d'hygiène relatifs à la répartition de la boisson dans la journée.

L'alarme : c'est la solution que l'on propose à l'enfant au sommeil très profond et/ou une petite vessie.

- ④ **Le principe** : des électrodes situées au niveau du périnée déclenchent, dès la première goutte d'urine, une alarme destinée à réveiller l'enfant.
- ④ **Les avantages** : l'enfant apprend, peu à peu, à se réveiller avant l'émission d'urine.
- ④ **Les obstacles** : peu d'appareils sont disponibles sur le marché.
- ④ **Le traitement médicamenteux** : la desmopressine est un médicament qui mime l'action de l'hormone antidiurétique et permet de limiter la production d'urine pendant la nuit. C'est la solution typique de l'énurésie liée à un problème endocrinien. L'oxybutinine est un parasymphatholytique qui agit sur les **problèmes d'immaturité vésicale.**

⁴ D'après une enquête réalisée, en France, auprès de 3 803 enfants scolarisés. Cf. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire réalisé par le Pr. François Haab pour le Ministère de la Santé, avril 2007.

A l'autre extrême de la vie, les mécanismes qui altèrent la continence urinaire

L'incontinence urinaire touche de nombreuses personnes âgées. Elle concernerait plus de 80 % des personnes âgées en institution et près de 30 % des personnes de plus de 65 ans, hommes et femmes confondus (lire encadré : **Prévalence de l'incontinence urinaire chez les personnes âgées**).

Elle est à l'origine de problèmes sociaux, psychologiques, hygiéniques importants et peut conduire à l'institutionnalisation.

Chez la personne âgée, la prise en charge de l'incontinence est d'autant plus délicate qu'elle concerne des sujets vulnérables, qui présentent souvent déjà plusieurs pathologies et suivent souvent de multiples traitements médicaux : des pathologies chroniques ou des traitements qui peuvent affecter la continence urinaire.

Prévalence de l'incontinence urinaire chez les personnes âgées :

- ✚ 1 femme sur 3 entre 70 et 75 ans
- ✚ 43 à 72 % de celles vivant en institution
 - 1 incontinence sur 2 serait mixte

- ✚ 7 à 8 % des hommes de 65 ans
- ✚ Plus de 28 % au-delà de 90 ans
 - 40 à 80 % des incontinenances seraient par impériosité
 - 10 à 30 % seraient mixtes
 - Moins d'1 sur 10 serait une incontinence urinaire d'effort

L'évolution vers l'incontinence :

Lorsque l'on vieillit, la miction peuvent s'altérer en termes de :

- Ⓞ Volume
- Ⓞ Fréquence : elle peut augmenter (pollakiurie)
- Ⓞ Ecoulement : le jet peut devenir plus faible
- Ⓞ Douleur (on parle de dysurie)
- Ⓞ Résidu après la miction
- Ⓞ Besoins impérieux

Ces altérations peuvent évoluer en une incontinence urinaire. L'identification précoce d'un problème mictionnel contribue donc à préserver la continence tout au long de la vie (lire partie 3 sur le rôle du médecin généraliste).

Les facteurs de vieillissement de l'appareil vésico-sphinctérien : diagnostic et prise en charge

L'altération de la miction, voire de la continence urinaire liée au vieillissement de l'appareil vésico-sphinctérien s'explique par l'altération des mécanismes locaux et du fonctionnement neurologique.

Au niveau local

Au niveau local, le vieillissement de la vessie, de l'urètre, du périnée, du vagin pour la femme, de la prostate pour l'homme, des reins, contribuent à l'apparition de dysfonctionnements :

La vessie : Les fibres de collagène augmentant avec l'âge, la vessie perd de son élasticité et donc de sa capacité. A quoi s'ajoute le vieillissement du détrusor qui se contracte moins bien, d'où parfois, une vidange imparfaite. Enfin, le fonctionnement des capteurs responsables du déclenchement des contractions vésicales s'altère, d'où des contractions intempestives, en phase de remplissage, pouvant entraîner des envies impérieuses.

L'urètre : Comme la vessie, l'urètre devient plus fibreux et moins souple ; il perd de sa densité musculaire, d'où une faiblesse sphinctérienne.

Chez la femme, le manque en hormones (carences en œstrogènes) contribue à une moindre irrigation des tissus. La muqueuse urétrale s'atrophie et s'assèche devenant plus sensible aux infections qui participent de l'irritation des récepteurs sensitifs.

L'urètre diminue, en longueur et en calibre et le méat urétral recule parfois à l'intérieur du vagin.

Le périnée : En sus du vieillissement musculaire, carences hormonales, grossesses et accouchements, prise de poids, séquelles d'interventions uro-gynécologiques ou de radiothérapie pelvienne, contribuent à la fragilisation du périnée. A quoi s'ajoutent les symptômes chroniques comme la toux, constipation, qui exercent une pression répétée sur ce faisceau de muscles.

Le vagin : Chez la femme, les carences hormonales, la diminution, voire la disparition de l'activité sexuelle, les séquelles d'accouchements ou d'interventions chirurgicales uro-gynécologiques retentissent sur la qualité des tissus ainsi que sur le PH et la flore vaginale avec pour conséquence une plus grande sensibilité aux germes ainsi que le développement de phénomènes inflammatoires pouvant être à l'origine d'épines irritatives, affectant la miction.

La prostate : Chez l'homme, le vieillissement s'accompagne souvent d'une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). Celle-ci touche 60 % des hommes de 60 ans, 70 % des hommes de 70 ans, 80 % des hommes de 80 ans. L'HBP ou adénome de la prostate est à l'origine d'un obstacle urinaire qui se manifeste par l'attente du jet, un jet faible avec des gouttes retardataires à la fin de la miction, ainsi que par la multiplication des mictions (pollakiurie), notamment la nuit (nycturie) et des envies impérieuses.

Aux défaillances du bas appareil urinaire, s'ajoute le **vieillessement rénal**. En effet, la diminution du nombre de néphrons liée à l'âge entraîne une baisse de la **capacité de concentration des urines**.

Cela contribue, avec la diminution de la sécrétion de l'hormone antidiurétique, à la multiplication des mictions.

On observe aussi l'inversion du cycle mictionnel nyctéméral : la sécrétion des urines se répartit pour 1/3 le jour et 2/3 la nuit, contre 2/3 le jour 1/3 la nuit, chez un sujet jeune.

Enfin, certaines pathologies locales comme le prolapsus urogénital : celui-ci peut générer des troubles irritatifs vésicaux ou une mauvaise vidange vésicale du fait de l'extériorisation de la vessie. Mais il peut aussi masquer une incontinence (en créant un obstacle à l'élimination des urines) mais l'incontinence apparaît dès que le prolapsus est corrigé.

Le vieillissement neurologique

Il se manifeste notamment par le **déséquilibre des systèmes sympathique et parasympathique en faveur du système parasympathique qui régule la miction** (lire page 3).

Associé à la modification du nombre et du fonctionnement des récepteurs sensitifs vésicaux et urétraux, et aux phénomènes de dénervation vésico-sphinctérien, ce déséquilibre contribue à la diminution du contrôle de l'équilibre vésico-sphinctérien.

Par ailleurs, le développement de pathologies neurologiques affecte le contrôle de la miction :

- ⓐ la maladie de Parkinson entraîne des contractions non inhibées de la vessie, une difficulté pour uriner ainsi que des troubles de la contractilité vésicale ;
- ⓐ l'hydrocéphalie à pression normale, les pathologies rachidiennes, la démence, peuvent être responsables d'anomalies vésico-sphinctériennes ;
- ⓐ d'autres pathologies neurologiques, lorsqu'elles réduisent la mobilité, peuvent aggraver un dysfonctionnement vésico-sphinctérien.

Le contexte plus global du vieillissement des organes et des fonctions

L'âge entraîne un affaiblissement du système immunitaire qui favorise notamment le développement des infections du bas appareil urinaire qui constituent un facteur d'incontinence par irritation.

D'une manière plus générale, la personne âgée est souvent atteinte de plusieurs pathologies chroniques : 6 en moyenne, chez un non résidant, 8 chez les personnes institutionnalisées (source DREES <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er515/er515.pdf>).

Ces comorbidités retentissent sur la continence urinaire :

- ⓐ **Le diabète** sur la contractilité vésicale, d'où l'apparition de contractions involontaires du détrusor. De surcroît, un diabète mal équilibré entraîne une polyurie déstabilisant la continence urinaire.
- ⓐ **Les atteintes rhumatologiques** des membres inférieurs ou des membres supérieurs peuvent réduire la mobilité et la dextérité manuelle transformant une envie urgente en une fuite urinaire.
- ⓐ **La bronchite chronique, la constipation**, sont souvent responsables d'une incontinence urinaire d'effort ou d'un prolapsus génital, du fait de poussées répétées exercées sur le périnée.

- ⓐ **L'apnée du sommeil** est parfois responsable d'une polyurie nocturne.
- ⓐ **Les œdèmes d'origine cardio-vasculaire** peuvent parfois être à l'origine d'une polyurie lors du passage de la position debout à la position couchée, par libération des œdèmes déclives accumulés lors de l'orthostatisme.

Par ailleurs, la prise en charge des pathologies chroniques de la personne âgée donne lieu à la prescription de médicaments qui peuvent agir sur l'équilibre vésico-sphinctérien.

Produits	Mécanismes d'action	Conséquence possible
Alpha-bloquants	Diminuent le tonus musculaire	Incontinence
Alpha-stimulants	Augmentent le tonus musculaire	Rétention
Anticholinergiques	Diminuent la contraction vésicale, favorisent la constipation	Rétention
Inhibiteurs calciques	Diminuent la contraction vésicale, favorisent la constipation	Rétention
Diurétiques	Entraînent polyurie	Incontinence
Morphiniques	Entraînent rétention, constipation, confusion mentale	Rétention, peuvent déstabiliser une incontinence
Médicaments neurotropes (hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques)	Entraînent confusion mentale, certains ont un effet anticholinergique.	Rétention, peuvent déstabiliser une incontinence
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	Responsables de toux	Incontinence d'effort, prolapsus génital

La prise en charge de l'incontinence de la personne âgée

La prise en charge de l'incontinence de la personne âgée débute par un bilan qui comporte :

- ⓐ un interrogatoire ;
- ⓐ l'examen clinique ;
- ⓐ la réalisation d'une analyse bactériologique des urines ;
- ⓐ la mesure du résidu post mictionnel ;
- ⓐ l'évaluation neurologique et cognitive ;
- ⓐ l'évaluation de la mobilité de la personne âgée ;
- ⓐ l'exploration des comorbidités et des facteurs environnementaux (causes précipitantes et/curables).

Si cette première étape ne permet pas de résoudre le problème, l'urologue proposera des investigations complémentaires, comprenant, si nécessaire, un bilan urodynamique.

Le bilan urodynamique comporte débitmétrie, cystomanométrie et profilométrie urétrale et permet :

- ⓐ d'évaluer la perception du besoin d'uriner, la capacité vésicale, le débit urinaire maximum ainsi que la fonction sphinctérienne ;
- ⓐ de rechercher une hyperactivité vésicale.

L'ensemble des interrogatoires et des examens permet d'identifier le ou les type(s) d'incontinence en jeu afin de choisir un traitement adapté.

L'identification du type d'incontinence

La personne âgée peut souffrir de différents types d'incontinence :

- ④ **Incontinence par hyperactivité vésicale.**
- ④ **Incontinence urinaire d'effort.**
- ④ **Incontinence par rétention chronique** : la vessie se vide de manière imparfaite et finit par déborder (on parle aussi d'incontinence par regorgement).
- ④ **Incontinence urinaire fonctionnelle** : liée à la non-maîtrise de l'environnement (difficulté pour se déplacer, éloignement des toilettes, désorientation spatiale, l'incontinence urinaire fonctionnelle, apraxie, etc.), elle se manifeste par des mictions dans des lieux inadéquats, en l'absence de trouble notoire de l'équilibre vésico-sphinctérien.
- ④ **Incontinence urinaire d'origine psychologique** : elle peut être la manifestation d'un laisser aller, voire d'un syndrome dépressif. Elle peut aussi être provoquée par la peur de déranger : une personne qui n'est plus autonome préférera ainsi faire dans sa couche plutôt que d'appeler pour être accompagnée aux toilettes. Elle peut enfin être un appel à l'aide, une façon d'attirer l'attention.

A chaque patient son traitement

La prise en charge de l'incontinence urinaire de la personne âgée est globale.

Elle doit intégrer :

- ④ **des conseils hygiéno-diététiques** (concernant les apports hydriques, la réduction des boissons favorisant l'impériosité, comme le café, le traitement des troubles du transit) ;
- ④ **l'adaptation de l'environnement** (accès facile aux toilettes, tenue vestimentaire adaptée afin de faciliter habillage et déshabillage) ;
- ④ **les facteurs psycho- affectifs** et les relations avec les proches.

En fonction du ou des type(s) d'incontinence identifié(s), la prise en charge pourra comporter voire associer différentes approches :

- ④ **Kinésithérapie** : la rééducation périnéale permet de **renforcer le périnée**. Elle peut être prescrite en cas d'incontinence urinaire d'effort ou encore, chez l'homme, en amont d'une **prostatectomie afin de contribuer à prévenir les conséquences urinaires de l'intervention**.
- ④ **Thérapie comportementale** : elle consiste à reprogrammer le rythme mictionnel en espaçant progressivement les mictions afin **d'apprendre au patient à résister aux urgences**.

ⓐ **Traitement médicamenteux** : les **anticholinergiques** sont prescrits dans le but de diminuer la pression vésicale et d'augmenter la capacité de la vessie. Chez la personne âgée, on privilégiera ceux qui ne passent pas la barrière hémato-encéphalique (chlorure de trospium) afin d'éviter le risque de troubles du comportement, de somnolence, confusion mentale, chute.

ⓐ **Le traitement médicamenteux doit être adapté en termes de doses et de présentation, et tenir compte des modifications métaboliques liées à l'âge et à la polymédication qui peuvent affecter les propriétés pharmacologiques des médicaments, des effets indésirables auxquelles les personnes âgées sont plus sensibles.**

ⓐ **Traitement chirurgical** :

■ **Traitement mini-invasif** :

- pose de **bandelettes** de soutien en cas d'hypermobilité urétrale ;
- **injections péri-urétrales** ou aux ballonnets gonflables en cas d'insuffisance sphinctérienne.

■ **Interventions plus lourdes** :

- **Sphincter artificiel urinaire** : le sphincter artificiel est la technique de référence pour traiter une incontinence d'effort par insuffisance sphinctérienne. Si elle conduit à de très bons résultats, elle ne sera envisagée chez la personne âgée qu'après avoir éliminé les contre-indications (troubles cognitifs, difficultés de préhension, hyperactivité vésicale, obstacle cervico-urétral, etc.).

Il faut être prudent car si l'âge n'est pas une contre-indication à la chirurgie, il est un facteur d'augmentation de la mortalité et la morbidité per opératoire (+ 6 % dans la chirurgie uro-gynécologique). Par ailleurs, l'hospitalisation de la personne âgée peut perturber l'équilibre psychique et/ou physique de la personne âgée.

Plus que chez tout autre sujet, la prise en charge de l'incontinence de la personne âgée doit être globale afin de préserver l'équilibre psychique et physique.

Adaptée au cas par cas, elle contribue à l'amélioration de la qualité de vie et retentit de manière favorable sur toute la personne (autonomie, estime de soi, dynamisme).

Et plus la prise en charge est précoce, plus les chances de préserver la continence sont grandes.

La synergie urologue - médecin généraliste, vue à travers l'étude menée par l'AFU en partenariat avec le réseau Sentinelles de l'INSERM

L'étude sur l'« *évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale en France métropolitaine* », a été réalisée par le réseau Sentinelles de l'INSERM⁵, en partenariat avec l'AFU, et l'université Pierre et Marie Curie (UPMC) à la demande de l'Institut de Veille Sanitaire en 2007.

Cette enquête avait pour objectif de préciser la prévalence, les principaux facteurs de risque et le retentissement de cette pathologie, ainsi que les caractéristiques des personnes concernées. Elle a été réalisée avec le concours des médecins généralistes du réseau Sentinelles de l'Inserm (UMR-S 707).

La méthode :

Un « registre » des femmes de plus de 18 ans consultant le jour de l'enquête a été constitué par chaque MG du réseau Sentinelles participant à l'enquête.

Pour chaque femme, le médecin généraliste (MG) a dépisté les fuites urinaires (par l'administration de questionnaires) et renseigné l'année de naissance, le nombre d'accouchements et l'année du dernier accouchement.

Nichée dans ce registre, une enquête transversale a inclus les patientes avec fuites urinaires ayant accepté de participer et de répondre aux deux questionnaires proposés (un questionnaire rempli avec le MG et un auto-questionnaire de qualité de vie). Les principaux facteurs de risque décrits dans la littérature ont été recherchés (âge, obésité et parité). Pour les patientes refusant de participer à l'enquête transversale, les motifs de refus ont été consignés.

Au total, 2 183 patientes ont été vues en consultation le jour de l'enquête par les 241 médecins, entre juin et juillet 2007, constituant la population « registre ».

L'âge moyen était de 54 (\pm 20) ans, l'indice de masse corporelle de 25,3 (\pm 5,4) kg/m² et le nombre moyen de parité de 1,9 (\pm 1,6). Plus d'une femme sur quatre a déclaré une IU, le type d'IU le plus fréquent étant l'IU d'effort. La prévalence de l'IU augmente avec l'âge, l'IMC et la parité.

Les femmes incontinentes apparaissaient peu gênées dans l'ensemble par les fuites urinaires à en juger par le score ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) et les dimensions de l'échelle CONTILIFE (activités quotidiennes et sexualité) analysées.

⁵ Évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale en France métropolitaine, Cf *Urinary Incontinence in French Women : Prevalence, Risk Factor, and Impact on Quality of Life*, 2009, in *European Urology*, Vol 56 n°1 (2009), P 177-183

Les résultats :

L'étude a surtout montré **l'absence de prise en charge de l'incontinence urinaire : plus de 60 % des femmes incluses dans l'étude et présentant une incontinence urinaire n'en avaient jamais parlé auparavant à leur médecin, privilégiant parfois le port de protections à visée urinaire.**

Ainsi, sur 437 femmes, 211 (48,3 %) ont déclaré porter tous les jours une protection.

Parmi les femmes qui ont consulté, la majorité s'est adressée à son médecin généraliste (n = 108). Derrière le généraliste, le gynécologue est apparu en 2^{ème} position (n = 72) et l'urologue en 3^{ème} position (n = 48), sachant qu'une même femme pouvait consulter plusieurs médecins.

Parmi les 491 femmes ayant répondu à cette question, 204 déclaraient ne pas avoir identifié de cause à l'IU. Des motifs comme une chirurgie pelvienne (n = 63), l'accouchement (n = 70), un diabète de type 2 (n = 38) ou des infections urinaires (n = 5) ont été évoqués par les autres femmes.

L'encadré *Synthèse globale des résultats* qui figure à la page suivante reproduit la synthèse des résultats publiés.

Dans l'ensemble, l'étude a permis de montrer l'importance de la prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme, ainsi que le déficit de prise en charge. En effet, seules les femmes les plus sévèrement touchées consultent alors qu'un traitement précoce des troubles mictionnels et de l'incontinence urinaire contribuerait à améliorer la continence urinaire.

Elle souligne l'importance de poursuivre les campagnes d'information comme la Semaine Nationale de la Continence Urinaire organisée chaque année par l'AFU. Elle souligne aussi l'importance du rôle du médecin généraliste.

Synthèse globale des résultats

Prévalence de l'incontinence urinaire (IU) :

La prévalence de l'IU pour cette population des femmes était de 26,6 % (IC 95% : 24,7 - 28,4).

Prévalence des différents types d'IU :

IU d'effort (IUE) : 17,4 % [IC 95% : 15,8 ; 19,0]

IU d'impériosité (IUI) : 6,8 % [IC 95% : 5,7 ; 7,8]

IU mixte : 1,5 % [IC 95% : 0,63 ; 1,5]

Facteurs de risque de l'IU :

La prévalence de l'IU augmentait significativement avec l'âge.

Le risque d'IU était 3,6 fois plus élevé à partir de 30 ans (OR : 3,6, IC95 % [2,2 ; 6,4]), et 7,7 fois supérieur à partir de 50 ans (OR : 7,7, IC95% [3,6 ; 9,8]) (p<0,0001).

La prévalence de l'IU augmentait significativement avec l'IMC : OR = 1,7 IC95 % 1,4 ; 2,2) pour un IMC supérieur ou égal à 26 kg/m², et OR = 3,8 (IC95 % 2,5 ; 5,8) pour un IMC supérieur ou égal à 36 kg/m² (p<0,0001).

La prévalence de l'IU augmentait significativement avec la parité (p<0,0001), indépendamment de l'âge.

Une analyse multivariée prenant en compte l'âge, l'IMC et la parité a confirmée qu'un âge de plus de 50 ans, un IMC supérieur à 25 kg/m² et plus d'un accouchement sont les facteurs de risque d'IU.

Résultats de l'enquête transversale (N=496) :

Circonstances de la survenue de l'IU :

Les fuites urinaires survenaient dans les circonstances suivantes (par ordre d'importance) :

toux/éternuement (n = 360 ; 72,6%),

activité physique (n = 232 ; 46,8 %),

avant d'arriver aux toilettes (n = 219 femmes ; 44,2 %),

au décours immédiat de la miction (n = 85 ;17,1 %),

durant le sommeil (n = 62 ;12,5 %), sans cause (n = 61 ;12,3 %)

ou tout le temps (n = 27 ;5,4 %).

Caractéristiques cliniques de l'IU (questionnaire ICIQ)

Fréquence : 174 femmes sur 488 (36 %) ont déclaré avoir des fuites urinaires environ 1 fois par semaine au maximum. Une fréquence plus importante : 2 à 3 fois par semaine, 1 fois par jour ou plusieurs fois par jour a été rapportée par 109 (22 %), 86 (18 %) et 87 (18 %) femmes, respectivement.

Seules 6 % des femmes ont déclaré avoir des fuites urinaires en permanence (réponse cochée : « tout le temps »).

Volume : il était demandé aux femmes d'évaluer le volume des fuites (nul, petit, moyen, grand). 389 femmes sur 494 répondantes (79,3 %) ont décrit le volume comme étant « de petite quantité ».

Gêne : les femmes devaient noter la gêne occasionnée par les fuites de « 0 » (pas du tout) à « 10 » (vraiment beaucoup). La gêne moyenne était de 4 ± 2 .

Score ICIQ : une valeur médiane de 8 [min 4 ; max 21] a été retrouvée pour les femmes répondantes (488).

Les femmes avec une IUE avaient un score ICIQ médian de 8.

Les femmes avec une IUI un score ICIQ médian de 9.

Celles avec une IUM un score ICIQ médian de 8.

Ancienneté de l'IU : l'ancienneté de l'IU était de moins de 10 ans ($n = 395$; 80,6 %). L'âge moyen des femmes avec une ancienneté des fuites ≤ 10 ans était significativement inférieur à celui des femmes dont l'ancienneté des fuites est ≥ 10 ans (60 ± 15 vs 64 ± 15 , $p < 0,001$).

Evaluation de la qualité de vie :

Score CONTILIFE, dimension « Activités quotidiennes » : pour les 411 femmes ayant répondu à l'ensemble des questions, la médiane était de 9 sur 35 [min 2 ; max 35] et la moyenne de 10,5 sur 35 (ce score augmente avec le niveau de gêne ressentie par la patiente).

Score CONTILIFE, dimension « Sexualité » : pour les 433 femmes ayant répondu à l'ensemble des questions, la médiane était de 1 sur 15 [min 0 ; max 15] et la moyenne de 2,1 sur 15 (ce score augmente avec le niveau de gêne ressentie par la patiente).

Prise en charge des patients avec IU

Port des protections urinaires (auto-questionnaire) :

sur 437 femmes, 211 (48,3 %) ont déclaré porter tous les jours des protections à visée urinaire, tandis que 119 (27,3 %) n'en ont jamais portées. Le coût estimé par les femmes pour leurs protections urinaires était de moins de 5 € par semaine dans 59 % des cas.

Consultation d'un médecin pour IU : parmi les 496 femmes ayant répondu à cette question, 197 (39,7 %) ont déclaré avoir consulté un médecin pour leur IU. Le médecin généraliste était le plus sollicité ($n = 108$), suivi du gynécologue ($n = 72$) et de l'urologue ($n = 48$), sachant qu'une femme pouvait consulter plus d'un médecin.

Antécédents suspectés de favoriser des fuites urinaires : parmi les 491 femmes ayant répondu à cette question, 204 déclaraient ne pas avoir identifié de cause à l'IU. Des motifs comme une chirurgie pelvienne ($n = 63$), l'accouchement ($n = 70$), un diabète de type 2 ($n = 38$) ou des infections urinaires ($n = 5$) ont été évoqués par les autres femmes.

Extrait du rapport d'étude épidémiologique (IU2007-04) :

Incontinence urinaire

Évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale en France métropolitaine