



Association
Française
d'Urologie

www.urofrance.org

DOSSIER DE PRESSE

**7^{ème} Semaine Nationale de l'Incontinence organisée par
l'Association Française d'Urologie**

Du 23 au 28 mars 2009

***L'incontinence ne touche pas forcément
les personnes que l'on croit***

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

Une semaine sur l'incontinence, pourquoi ?

C'est pour lever le voile sur un sujet encore tabou que l'Association Française d'Urologie organise tous les ans, depuis 2003, **une semaine nationale dédiée à l'incontinence**.

L'objectif est :

- ✚ d'informer le public sur la fonction urinaire et ses dysfonctionnements ;
- ✚ de sortir de l'isolement ceux qui n'osent pas parler de leurs difficultés ;
- ✚ d'apporter des réponses concrètes aux questions de chacun ;
- ✚ d'aider les médecins généralistes qui sont les premiers acteurs de la prise en charge de l'incontinence et des pathologies urinaires, en facilitant la communication avec les patients ;
- ✚ de proposer un point sur l'état de l'art, les dernières évaluations et les dernières recommandations en matière de traitements.

7^{ème} Semaine Nationale de l'Incontinence

Du 23 au 28 mars 2009

L'incontinence urinaire, le dernier tabou médical ?

Nous ne pouvons vivre sans respirer (quelques minutes), sans boire (quelques dizaines d'heures), sans manger (quelques jours)... ni sans uriner ! Uriner est aussi essentiel à notre santé que d'autres fonctions vitales, car l'urine permet de débarrasser notre organisme des déchets issus du métabolisme cellulaire. Si nous passons 8 heures par jour en moyenne à dormir, soit près de 4 mois par an, nous passons, aussi, une à deux heures par mois à uriner... soit un jour par an !

Lorsque tout se passe bien, on urine sans même y penser, lorsque le besoin se fait sentir, mais il arrive qu'à la suite de dysfonctionnements du bas appareil urinaire, les mictions deviennent problématiques : rétention, difficulté à uriner (dysurie), brûlures, envies répétitives (pollakiurie) ou impérieuses qui vont jusqu'à la fuite, c'est l'incontinence...

Malheureusement, l'incontinence urinaire reste encore taboue ; elle ne fait pas partie de ces pathologies « nobles » dont on parle sans gêne. Par pudeur, par honte, mais aussi par fatalisme ou par manque d'information, les pathologies urinaires sont trop souvent ignorées, négligées et donc non traitées : on estime que 30 % des personnes qui en souffrent ne sont pas pris en charge... Pourtant, il existe aujourd'hui des solutions performantes et appropriées aux différents types d'incontinence urinaire qui sont un véritable handicap.

Pourquoi tant de gêne ?

Parce que parler d'incontinence, c'est faire référence aux fonctions d'excrétion de notre organisme, qui suscitent souvent une pudeur bien plus exacerbée que d'autres sujets, pourtant longtemps tabou comme la sexualité (Lire encadré : *Une question de pudeur*). Et malgré la visibilité de la continence dans les médias, beaucoup de patients hésitent encore à consulter ou bien repoussent l'échéance, refusant de se sentir concernés.

D'autant que l'incontinence urinaire est toujours liée à la notion de vieillissement et de dépendance, de perte d'autonomie et de contrôle de soi. Idée reçue assurément, à tout le moins vérité partielle. Car, si « la dame âgée » souffre, en effet, souvent d'incontinence urinaire, il y a d'autres sujets à risques... et de beaucoup plus jeunes.

On ne s'y attendrait pas forcément, et pourtant, deux typologies sont particulièrement vulnérables et de plus en plus nombreuses : les femmes sportives, les femmes en surpoids.

La thématique de cette 7^{ème} semaine nationale de l'incontinence sera donc articulée autour de la préservation de la continence chez les personnes à risque, en s'appuyant sur les cas de femmes jeunes et sportives et de femmes en surcharge pondérale.

En 2009, ces « délits de fuite », ne doivent plus amener des conduites d'évitement, comme se priver de sorties, voire de relations intimes, ou bien amener à se contenter de solutions strictement palliatives (comme les protections absorbantes, qui contribuent un peu plus à dégrader l'image de soi). Dans tous les cas, ces attitudes d'évitement, adoptées par crainte de parler de ses « petits ennuis » à son entourage ou à son médecin traitant, altèrent peu ou prou la qualité de vie, privée, sociale, voire professionnelle. Les mesures préventives existent, des examens performants aussi, ainsi que des rééducations adaptées, de nombreux traitements médicamenteux et, dans certains cas, des interventions chirurgicales.

Une question de pudeur :

Dans *Nudité et Pudeur, le mythe du processus de civilisation* (Editions de la maison des sciences de l'homme, 2000), Hans Peter Duerr développe une histoire de la culture et une ethnologie de la pudeur, englobant non seulement l'histoire occidentale depuis ses débuts, mais aussi celle des peuples ayant vécu à la périphérie des prétendues hautes civilisations. Il analyse les représentations de la nudité, de la sexualité et des fonctions corporelles et explique le développement de la pudeur à l'égard des fonctions excrétoires.

Parmi les références sur lesquelles il s'appuie, la conception de la pudeur, dans l'Antiquité, exprimée notamment par Cicéron.

« Cicéron pensait (...) que la nature n'avait pas sans raison créé les parties plaisantes du corps de sorte qu'elles soient pleinement visibles tandis qu'elle avait soustrait aux regards celles servant aux fonctions d'excrétion. » (P 65).

A travers ce propos, on perçoit la nécessité de se distinguer autant que possible de l'animal en cachant ses besoins physiologiques : une nécessité que l'on retrouve quelques siècles plus tard, dans *Le Nouveau traité de la civilité*, publié en 1672 et cité par Hans Peter Duerr (P 203):

« Le consentement de l'honnêteté veut aussi, puisque l'on ne peut se dispenser de ces actions qui sont naturellement indispensables, qu'on le fasse le plus honnêtement possible c'est-à-dire **le moins approchant des bêtes que possible** ».

Cette pudeur quasi-universelle pèse sur la décision de consulter, d'une part, **mais aussi sur l'acceptation du diagnostic.**

Et bien souvent l'on préférera s'abriter derrière l'euphémisme « perdre quelque gouttes » plutôt que de déclarer son incontinence, d'avouer la défaillance d'une fonction associée culturellement depuis des siècles à la honte.

Cette honte culturelle retarde la consultation et bien souvent la prise en charge, avec parfois des conséquences préjudiciables sur l'évolution des troubles.

Contenance, troubles de la miction, incontinence

La miction (c'est-à-dire l'élimination des urines) est un mécanisme essentiel à notre santé puisqu'elle participe à l'évacuation des déchets de notre organisme. La continence, c'est le stockage des urines, et ce contrôle repose sur une mécanique locale (vessie, sphincter, périnée) et des structures neurologiques médullaires ou corticales très élaborées. Uriner est un geste simple et naturel et pourtant le résultat d'un phénomène physiologique complexe, un réflexe que l'électrophysiologie (la mesure de l'activité électrique des tissus vivants) et toutes les techniques d'imagerie et d'investigation modernes ont permis de mieux comprendre.

Le maintien de la continence repose sur l'équilibre entre la pression de la vessie (la contraction du détrusor, le muscle de la paroi vésicale) et la résistance du sphincter.

Si la pression vésicale est supérieure à la capacité de résistance du sphincter et du périnée, des fuites peuvent apparaître.

Toute affection de l'équilibre vésicosphinctérien peut être à l'origine d'une incontinence urinaire, par exemple :

- ✚ 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,
- ✚ lorsqu'il existe des dysfonctionnements du système nerveux central (raisons accidentelles – traumatisme de la moelle épinière - ou pathologies du système nerveux, comme la sclérose en plaques, ou le Parkinson),
- ✚ et bien sûr, du fait du vieillissement.

La plupart du temps, l'incontinence urinaire est due à l'intrication de plusieurs facteurs que l'urologue identifiera.

QUAND PARLE-T-ON DE « DYSFONCTIONNEMENT » ?

La miction normale est :

- + volontaire
- + complète
- + facile
- + indolore

C'est lorsqu'il y a perte d'urine involontaire qu'on parle d'incontinence. Cette perte d'urine peut être totale ou partielle : ainsi quelques gouttes suffisent à révéler une incontinence urinaire qui justifie une prise en charge, à condition que le patient s'en plaigne, selon la définition de l'OMS.

Mais l'incontinence n'est pas le seul dysfonctionnement : lorsque les visites aux toilettes se multiplient, lorsque les mictions s'accompagnent de symptômes gênants, il est nécessaire de consulter pour faire le point avec son médecin traitant sur ce que l'on nomme un trouble mictionnel.

Ce glossaire des dysfonctionnements urinaires et des pathologies de l'incontinence permet de mieux comprendre l'enjeu de la consultation, du diagnostic et de la prise en charge.

PETIT GLOSSAIRE DES TROUBLES MICTIONNELS ET DE L'INCONTIENNE URINAIRE

La pollakiurie : on parle de pollakiurie lorsque le nombre des mictions est supérieur à 7 par jour (pollakiurie diurne) ou supérieur ou égal à 2 mictions par nuit (pollakiurie nocturne). L'analyse de la pollakiurie passe par le recours au catalogue mictionnel, livret sur lequel sont consignés l'heure et le volume des mictions pendant 72 heures. La pollakiurie est souvent liée à une hyperréactivité des récepteurs situés dans la vessie. Ceux-ci agissent comme une jauge et avertissent le cerveau de la nécessité d'uriner. Leur fonctionnement est intimement lié à l'activité de neuromédiateurs situés aussi bien dans la vessie qu'au niveau médullaire ou cortical. Des récepteurs hyperactifs induisent une hyperactivité vésicale.

L'hyperactivité vésicale : les symptômes de l'hyperactivité vésicale sont la pollakiurie et l'impériosité (le besoin pressant d'aller uriner). Celle-ci donne parfois lieu à des fuites. La plupart du temps, l'hyperactivité vésicale est la manifestation d'une hyperactivité du détrusor (le muscle vésical) que l'on peut mesurer grâce à des examens comme la cystomanométrie (« le bilan urodynamique »). L'hyperactivité vésicale peut être à l'origine d'une incontinence urinaire par impériosité.

L'impériosité : c'est le fameux « besoin pressant ». L'impériosité se manifeste tout au long de la journée ou bien dans des situations spécifiques : par exemple, au moment où l'on met la clef dans la serrure. En effet, l'association « pavlovienne » du retour chez soi à la possibilité d'aller uriner est à l'origine de l'envie impérieuse (même chose au moment de l'orgasme...). Aujourd'hui on appelle l'impériosité une urgenturie. Cette envie peut conduire à des fuites urinaires, lorsque le délai de sécurité entre le besoin pressant et la miction est si ténu qu'il ne laisse pas le temps d'atteindre les toilettes (<15 mn). Outre les médicaments, le recours aux rééducations périnéale et/ou comportementale, ainsi qu'à des stratégies de diversion (concentration sur autre chose) ou de relaxation peuvent pallier les symptômes.

Dysurie : c'est une difficulté à uriner. Le jet d'urine est faible, la miction est difficile ou douloureuse, la dysurie peut être provoquée par :

- ✚ un défaut de contraction vésicale (pathologique ou lié à l'âge),
- ✚ un obstacle anatomique ou fonctionnel (sténose de l'urètre, adénome de la prostate...).

Enurésie: c'est le fameux « pipi au lit » des enfants. Il s'agit d'une miction involontaire, survenant la nuit, au lit. En fait, on distingue l'énurésie primaire (l'enfant n'a jamais été propre) de l'énurésie secondaire (qui apparaît après l'acquisition de la continence nocturne, et qui est souvent d'origine psychologique).

ET ENCORE

La rétention aiguë d'urine : impossibilité complète d'uriner malgré une forte envie et une vessie pleine et douloureuse - globe vésical (elle peut être non douloureuse dans le cadre de la pathologie neurologique). **Il s'agit d'une situation d'urgence.**

Rétention urinaire chronique : vidange vésicale incomplète chronique induite soit par l'incapacité de relâcher son sphincter, soit par une mauvaise contraction vésicale (acquise ou congénitale), soit par un obstacle sous-vésical (hypertrophie bénigne de la prostate).

ET LES 3 TYPES D'INCONTINENCE URINAIRE

- ✚ 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 consécutive à l'effort et la capacité de résistance du sphincter. Elle peut être provoquée par le rire, la toux, voire les rapports sexuels, et bien entendu, les efforts sportifs. En outre, les facteurs de risque sont bien connus pour les femmes : traumatismes obstétricaux, carence hormonale de la ménopause, facteur iatrogène, altération mécanique des structures musculo-ligamentaires de soutien, neuropathie pudendale d'étirement... Elle représente environ 40 % des incontinenances urinaires.

- ✚ L'incontinence urinaire par impériosité : la perte des urines survient à la suite d'une envie pressante, impérieuse. Elle est liée à l'hyperactivité vésicale : les capteurs de la vessie envoient des messages au cerveau (centre régulateur de la miction) pour qu'il ordonne 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. Elle représente environ 10 % des incontinenances urinaires.
- ✚ L'incontinence urinaire mixte : on s'en doutait un peu, elle associe incontinence d'effort et incontinence par impériosité chez un même patient. Elle représente environ 50 % des incontinenances urinaires.

ET ENCORE

L'incontinence par regorgement : certaines vessies, vastes et flasques, connaissent des débordements par « trop plein ». Il s'agit d'une rétention vésicale qui serait complète si l'appareil sphinctérien, pour des raisons diverses, ne laissait sourdre le trop plein d'urine. Il n'y a plus de besoin ni de miction contrôlée, il s'agit donc bien d'une incontinence. Ces grandes vessies flasques peuvent être la conséquence :

- ✚ d'un obstacle chronique à la vidange (par exemple, un adénome de la prostate chez l'homme),
- ✚ d'une pathologie neurologique à l'origine d'un défaut de contractilité (par exemple une maladie de Parkinson),
- ✚ d'un diabète (rare),
- ✚ du traitement chirurgical du cancer du rectum (pour être sûr de retirer toute la tumeur, il arrive que l'on choisisse de réaliser une ablation très large, et que l'on touche à l'innervation de la vessie),
- ✚ d'un super sphincter (hypertonie urétrale) qui a conduit à la distension progressive de la vessie.

Troubles de la miction, incontinence, on ne doit pas les sous-estimer

Ces troubles ne doivent pas être traités à la légère, car ils peuvent masquer une pathologie plus grave, ou bien exprimer une autre affection (toux chronique, infection du bas appareil urinaire), des comportements inadéquates ou inopportuns (sport intensif inadapté, efforts répétés) ou de mauvaises habitudes alimentaires (apports hydriques trop importants ou absorption de substances irritantes, thé, café, plats épicés en trop grande quantité...). Une fois les causes identifiées, il est possible de trouver des solutions adaptées (changement dans le mode de vie, traitements préventifs ou curatifs) ; cependant, en l'absence d'une prise en charge, les troubles peuvent s'aggraver : par exemple, avec l'âge, l'impériosité peut muer en incontinence...

ÉPIDEMIOLOGIE : QUI EST CONCERNE ?

Plus de 3 millions de Français de tous âges sont peu ou prou concernés par l'incontinence urinaire¹. Le retentissement de ce trouble s'exprime non seulement sur le plan médico-social mais surtout en termes de qualité de vie :

- ✚ conduites d'évitement dans la vie sociale, privée, et parfois professionnelle, problèmes de scolarisation pour les enfants ;**
- ✚ d'insertion professionnelle pour les adultes ;**
- ✚ nécessité de placement des personnes âgées en institution...**
- ✚ et difficulté pour trouver un établissement qui assure une prise en charge convenable.**

¹ Sources : étude menée sur 5 183 femmes vivant en France, représentative de la population générale et âgées de 18 ans ou plus, citée par le Pr. François Haab dans son *Rapport sur le thème de l'incontinence* au ministre de la Santé d'avril 2007. Etude réalisée en France en 2006, à partir de questionnaires menés en interview face à face sur une population de 9 535 sujets représentatifs de la population générale, dont 4 881 femmes et 4 654 hommes.

Les femmes plus touchées que les hommes :

- ✚ **1 femme sur 5 souffre de l'IUE¹**: la prévalence de l'incontinence urinaire d'effort (*définie par un épisode au moins de fuite d'urine durant les 4 semaines précédant l'enquête de référence*) est de 19 %, avec un pic maximal entre 55 et 59 ans (la ménopause est à l'origine d'une baisse du tonus musculaire qui peut affecter les mécanismes de la continence). Sans surprises, 20 % de ces patientes se sont plaintes d'un retentissement important de l'incontinence sur leur qualité de vie.
- ✚ **1 femme sur 5 souffre d'hyperactivité vésicale.**

L'accouchement, la ménopause, des moments critiques

Ce sont des périodes délicates dans la vie des femmes pour la continence. Entre 20 et 40 % des femmes enceintes présentent des phases d'incontinence. L'accouchement est aussi un « facteur de risque » : les 3,5 kg du nouveau né et le diamètre de son crâne pèsent de tout leur poids sur le périnée, et le pourcentage d'IU post-accouchement oscille entre 10 et 20 %. Avec la ménopause, c'est la carence oestrogénique, qui, en modifiant les tissus de la sphère uro-génitale, favorise la survenue d'incontinence chez les femmes ménopausées.

- ✚ **1 homme sur 6 souffre également d'hyperactivité vésicale** : la prévalence de l'hyperactivité vésicale chez l'homme varie entre 12 et 16 % (17 % pour les femmes), avec une augmentation de la prévalence liée au vieillissement.
- ✚ **1 homme sur 10 souffrirait d'une incontinence imputable à l'hypertrophie bénigne de la prostate** : or, dans 20 % des cas, un homme de 65 ans qui se plaint de signes urinaires liés à un adénome de la prostate et qui ne se soigne pas, risque une aggravation de ses symptômes (pollakiurie, gouttes retardataires, fuites urinaires) et dans 5 % des cas une rétention des urines. Les traitements éprouvés n'affectent pas ou peu la vie sexuelle et tout en apportant un confort précieux, permettent d'éviter qu'une simple gêne ne dégénère en véritable maladie.

Par ailleurs, le traitement chirurgical du cancer de la prostate peut être à l'origine d'une incontinence d'effort. Ainsi, sur les 30 000 prostatectomies totales réalisées, chaque année, pour cancer de la prostate, 1 homme sur 4 (25 %) est touché par une incontinence persistante au-delà de 6 mois ; 3 % des hommes souffrent d'une incontinence invalidante. **L'urologue avertit le patient de cette conséquence possible de la chirurgie de la prostate.**

Avec lui, il met en place une stratégie qui permettra de limiter, voire de pallier l'apparition d'une incontinence consécutive à l'intervention chirurgicale :

- ✚ prescription de séances de rééducation, en amont et en aval des interventions chirurgicales,
- ✚ techniques chirurgicales mini-invasives de traitement de l'incontinence,
- ✚ pose d'un sphincter artificiel, en cas d'incontinence rebelle.

Les effets du vieillissement sur la continence :

Le vieillissement est responsable d'une altération de la synergie vésicosphinctérienne qui augmente le risque d'incontinence urinaire.

Ces modifications concernent toutes les structures physiologiques impliquées dans le contrôle de la miction :

- ✚ L'atrophie du sphincter urétral affaiblit mécaniquement la continence.
- ✚ L'altération progressive des fonctions cognitives et des voies neurologiques affecte le contrôle neurologique de la continence.
- ✚ Le vieillissement de la paroi vésicale (diminution de la taille de la vessie et modification du fonctionnement des récepteurs) est responsable d'une augmentation de la prévalence de l'hyperactivité vésicale et de la dysurie.
- ✚ L'inversion du cycle nyctéméral (la sécrétion nocturne de l'hormone antidiurétique baisse au profit de la sécrétion diurne) entraîne une augmentation de la pollakiurie voire de l'incontinence nocturne.

A quoi s'ajoutent :

- ✚ La prise de médicaments ayant des effets secondaires sur les mécanismes de la continence urinaire (par exemple : médicaments diurétiques, atropiniques ou encore certains antidépresseurs) ;
- ✚ Les séquelles d'éventuelles interventions chirurgicales, par exemple, à visée prostatique.

Sans compter l'incontinence liée aux troubles et maladies neurologiques².

La complexité des mécanismes de contrôle neurologique du système vésicosphinctérien fait que toute pathologie concernant le cerveau, la moelle épinière ou encore les nerfs périphériques, aura des conséquences sur la fonction de continence.

Quelques exemples :

- ✚ **Après un accident vasculaire cérébral, l'incontinence urinaire concerne jusqu'à 80 % des patients en phase aiguë**, entre 10 et 33 % des patients à distance de l'AVC - encore, les femmes étant davantage exposées que les hommes du fait de leur configuration anatomique.
- ✚ **30 à 96 % des patients atteints de SEP sont concernés** par les troubles vésicosphinctériens.
- ✚ **100 % des blessés médullaires** présentent des troubles vésicosphinctériens qui ont un retentissement majeur sur leur qualité de vie.

² Source : Rapport sur le thème de l'incontinence, du Pr. François Haab au Ministre de la Santé, avril 2007.

Le sport c'est bon pour la santé, mais ...

Le sport c'est bon pour la santé, et de plus en plus de gens ont une activité physique régulière. Mais **il est clairement établi que, chez la femme, certains sports, ou une activité physique trop intense, peuvent avoir des effets néfastes sur la statique pelvienne et donc entraîner une incontinence urinaire d'effort.** Ainsi voit-on se multiplier, ces dernières années, le nombre de plaintes pour fuites d'urine au cours d'un effort physique dans les milieux sportifs de haut niveau, entre autres. Car, quelle que soit la tranche d'âge, le sport peut multiplier de 3 à 5 (selon l'activité) le risque d'IUE, et ce pour toutes les pratiquantes, même amateurs.

Pourquoi ?

On le sait, l'IUE survient lorsque la pression vésicale dépasse les capacités sphinctériennes au cours d'un effort, en dehors de toute contraction vésicale.

Or, chez les femmes sportives, lorsque la paroi abdominale est très tonique, la tension abdominale est une source de pression « vers le bas », en direction du plancher pelvien.

Et les exercices physiques qui occasionnent des sauts répétés (jogging, saut, etc.) ajoutent une pression abdominale - à titre d'exemple, la PIA (pression intra-abdominale) peut être multipliée par 10 lors d'une course ou d'un saut !

Cette mécanique d'hyperpression intra-abdominale influe, à terme, sur la statique pelvienne et finit par produire un déséquilibre entre une sangle abdominale trop puissante et un plancher périnéal insuffisamment musclé, favorisant des « fuites urinaires » d'effort.

Tout dépend du sport ou de l'activité physique

Les sports sont classés selon le risque qu'ils font courir au plancher pelvien.

Dans les sports à risque élevé, on trouve :

- ✚ la course à pied, les sauts de haie
- ✚ l'aérobic (intensif)
- ✚ la gymnastique acrobatique, le trampoline
- ✚ le volley et le hand ball
- ✚ les arts martiaux...

Dans les sports à risques modérés, on trouve :

- ✚ Le tennis
- ✚ Le ski...

Enfin les risques sont faibles avec des activités comme la marche, la natation, le vélo, le roller...

Des études qui concordent :

Mêmes constats avec L'étude *Nygaard* réalisée en 1994 afin d'explorer l'incontinence urinaire chez les athlètes féminines nullipares.

Cette étude a fait apparaître que sur les 156 femmes nullipares enrôlées, ayant pratiqué un sport de haut niveau, **28 %** présentaient une incontinence urinaire à l'effort.

Parmi celles-ci, 67 % avaient pratiqué la gymnastique, 50 % avaient pratiqué le tennis et 44 % le basket.

Une étude danoise, publiée en 2002, auprès de 291 femmes (âge moyen : 23 ans), montrait que 52 % des femmes pratiquant une activité sportive intensive souffrent de fuites d'urine à l'effort. Cette même étude a pointé les sports les plus « à risque » : par ordre décroissant, gymnastique, danse classique, aérobic, badminton, volley ball, athlétisme, hand ball, basket. Elle soulignait enfin que 60 % des femmes interrogées avaient déclaré devoir porter des protections lors de leur pratique sportive.

En 2002, l'étude américaine *Thyssen*, portant sur la même thématique a établi que **43 %** des femmes recensées souffraient d'incontinence urinaire à l'effort, parmi lesquelles essentiellement des femmes ayant pratiqué la gymnastique, la danse et l'aérobic³.

Pourtant, seulement 5 % de ces sportives en avaient informé leur médecin lors d'une consultation...

Enfin, la toute dernière étude suédoise *Eliasson*, publiée en 2004, s'est intéressée aux jeunes femmes qui pratiquaient le trampoline. Ces jeunes femmes étaient toutes nullipares. L'étude a montré que **80 %** d'entre elles souffraient d'une incontinence.

Quelle prise en charge ?

Mieux informer

Il paraît évident que des actions d'éducation devraient être menées auprès de ces jeunes sportives afin de les informer sur le schéma corporel féminin, sans que le rôle du périnée ne soit occulté, et les risques potentiels liés à l'oubli de ce dernier...

Prévention et rééducation

Ensuite, tout dépend du sport pratiqué et de l'importance du handicap, mais l'IUE étant peu sensible aux traitements médicamenteux, la prise en charge doit porter en premier lieu sur une prévention des troubles de la statique pelvienne, mais aussi rachidienne. Dans ce domaine, **les techniques de rééducation connaissent de réels succès**. Elles ont pour objectif la meilleure utilisation de l'appareil sphinctérien et son renforcement musculaire : exercices périnéaux, cônes vaginaux, biofeedback ou électrostimulation, ces différentes techniques (parfois combinées entre elles) permettent une amélioration certaine, mais peu durable. En effet, il est nécessaire de poursuivre les exercices réalisés chez le kinésithérapeute par des exercices à la maison, sur le long cours, une contrainte à laquelle tous les patients ne parviennent pas à s'astreindre.

³ Thyssen, H. H., Clevin, L., Olesen, S. et al.: Urinary incontinence in elite female athletes and dancers. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 13: 15, 2002

Dans des cas plus sévères, les femmes peuvent bénéficier du « **MAB program** ». Il s'agit d'une méthode dérivée du biofeedback avec télémétrie. Grâce à une mesure des activités musculaires enregistrées par un système EMG, elle renseigne sur les possibilités de chacune du verrouillage périnéal, lors d'activités sportives. Les informations recueillies sont transmises à un ordinateur qui exprime, via un écran de contrôle, les données en temps réel, au cours de l'activité physique ; permettant à la patiente d'adapter et de doser la force musculaire de son périnée en fonction du mouvement à réaliser.

La **Femina Gym**, est une méthode originale mise au point par des professionnels de santé. Cette méthode concilie les impératifs de conservation du tonus périnéal et l'amélioration de la condition physique. L'originalité de la méthode est de combiner gymnastique, exercices de yoga et aérobic, avec intégration du verrouillage périnéal (avec ou sans cônes vaginaux). Cette rééducation se pratique en groupe (6 personnes maximum), une séance dure 45 minutes et il existe plusieurs niveaux de pratique dans lesquels la patiente peut évoluer en fonction des résultats obtenus.

Enfin, si l'IUE sévère persiste après différents traitements, il peut être envisagé un **recours à la chirurgie**. L'intervention la plus pratiquée aujourd'hui est le soutènement urétral. Elle consiste à mettre en place (par le vagin) une bandelette en matériau biocompatible qui soutient le conduit de l'urètre lors de l'effort pour éviter qu'il ne s'ouvre de façon intempestive. La bandelette est sans tension (comme un hamac), sous l'urètre, supportant ce dernier pendant l'effort physique, empêchant ainsi toute fuite d'urine. Cette technique est mini-invasive, l'intervention ne dure pas plus de 30 minutes et se pratique sous anesthésie locale ou loco-régionale, la patiente restant hospitalisée de un à deux jours.

Le sport au féminin reste, bien sûr, souhaitable et profitable ! Mais une meilleure information, et une déculpabilisation des femmes sportives concernant l'IUE permettrait une meilleure prise en charge et, le cas échéant, d'orienter précocement vers des rééducations spécifiques. Enfin, si le sujet de l'incontinence urinaire était moins tabou, et si l'on pouvait en parler plus simplement avec des professionnels compétents, les femmes, notamment les plus jeunes, pourraient, dans des cas très précis, envisager de réorienter leur choix d'activité physique et sportive.

Surpoids, obésité = risques d'incontinence aggravés

Le surpoids est en forte progression partout dans les pays riches et la France ne fait pas exception. Ce surpoids, on le sait, aggrave, voire déclenche de nombreuses maladies : maladies cardiovasculaires et respiratoires, diabète, cancers... Mais, surpoids et obésité peuvent aussi être à l'origine de maladies plus fonctionnelles : on connaît bien leur incidence sur l'arthrose, les varices, ou le reflux gastro-œsophagien et sur l'incontinence urinaire. Par exemple, en cas d'obésité massive⁴, le risque d'incontinence est multiplié par 6. En France la prévalence de l'obésité (étude Obépi, Laboratoire Roche de 2006) est de 12,4 %

⁴ C'est à dire pour un indice de masse corporel (IMC) supérieur à 40. Pour calculez un IMC, il suffit de diviser le poids d'une personne par sa taille au carré. L'échelle de calcul est la suivante : IMC < 18,5, maigreur ; entre 18,5 et 25, poids normal ; entre 25 et 30, surpoids ; > plus de 30, obésité ; entre 35 et 40, obésité sévère ; plus de 40, obésité massive.)

chez les adultes et de 29,2 % pour le surpoids. L'augmentation de l'obésité massive est particulièrement préoccupante puisqu'elle a quasiment triplé en 10 ans, passant de 0,3 % de la population en 1997, à 0,8 % en 2006. En clair, en France, il y aurait plus de 14 millions d'individus en surpoids, et 6 millions d'obèses (chiffres de 2006, sur les plus de 15 ans).

Surpoids et IU, pourquoi ?

La surcharge pondérale contribue à la pression de l'abdomen sur la vessie et les muscles pelviens et favorise leur altération.

Dans les faits, les personnes en surpoids ou souffrant d'obésité se plaignent souvent d'envies fréquentes d'uriner et/ou de fuites urinaires.

Des études qui relient surpoids et IU

Plusieurs études récentes mettent clairement en évidence :

- ✚ Que le surpoids aggrave l'incontinence, et que la perte de poids chez les femmes qui souffrent d'IU, réduit les fuites urinaires.
- ✚ Qu'à l'inverse, une perte de poids améliore l'IU, quel qu'en soit son type.

Ainsi, une étude menée en 2003 par le département d'épidémiologie de l'université de Leicester, en Angleterre, portant sur 6 424 femmes, âgées de plus de 40 ans, et tenant compte du régime alimentaire et aussi du style de vie des personnes interrogées, montre que les risques d'IU sont notablement augmentés par l'obésité, mais aussi par le tabac et une consommation importantes de boissons gazeuses. Et l'étude se prononce en faveur de l'adoption d'un régime adapté dans le but de limiter ces risques.

Une étude américaine (menée conjointement par l'Institut National du Diabète, des Maladies Digestives et Rénales - NIDDK en anglais - et le Bureau de la Recherche sur la Santé des Femmes - ORWH en anglais) arrive aux mêmes conclusions. L'étude s'est penchée sur le cas de 338 femmes en surpoids et obèses qui souffrent de fuites d'urine au moins 10 fois par semaine. La première moitié de ces femmes fait partie d'un premier groupe où chacune doit suivre un régime hypocalorique, faire de l'exercice physique et modifier globalement son comportement alimentaire. L'autre moitié des patientes va dans un groupe qui reçoit seulement des informations sur l'alimentation et les exercices physiques, mais sans directives, ni contraintes particulières d'astreinte à un régime amaigrissant, ni d'obligations de suivre un programme d'exercices physiques. Les femmes appartenant au groupe qui suit un régime perdent en moyenne de 8 % de leur poids corporel (environ 7,7 kilogrammes) et réduisent de 47 % les épisodes d'incontinence urinaire. En revanche, les femmes du second groupe, non astreintes à un régime, perdent seulement, 1,6 % du poids corporel (environ 1,8 kilogrammes en moyenne). Quant à leurs épisodes d'IU, ils n'ont été réduits « que » de 28 %. Sans surprises, après six mois de test, les femmes du groupe « au régime » se déclarent nettement plus satisfaites de l'évolution de leur incontinence urinaire que les femmes du groupe qui recevait uniquement des informations concernant l'hygiène de vie. Cette satisfaction a été évaluée par des bilans intermédiaires, effectués par les patientes elles-mêmes. Les changements pris en compte portaient sur la fréquence de l'incontinence, sur la perte du volume de l'urine et sur le degré de gêne posé par leur incontinence.

- ✚ L'obésité est également établie comme facteur de risques de l'IUE. Ainsi l'étude épidémiologique anglaise de Mc Grother portant sur plus de 1 200 femmes retrouve pour l'IUE, un OR (odds ratio) de 1,4 en cas de surpoids et de 2,3 en cas d'obésité. Une étude danoise (portant sur 742 femmes entre 40 et 60 ans) montre par ailleurs une relation linéaire entre l'intensité des troubles et le surpoids, l'OR évoluant de 1,4 pour des fuites urinaires à l'effort chaque semaine, à 4,2 pour des fuites quotidiennes.
- ✚ D'une façon générale, l'élévation de l'IMC semble augmenter tous les types d'IU.

QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Il y a bien sûr la prise en compte du contexte, par exemple, la pratique sportive intensive ou la surcharge pondérale.

Une modification du contexte (adaptation de l'entraînement sportif, perte de poids) peut apporter un élément d'amélioration : ainsi, la perte de poids semble notablement améliorer la symptomatologie de l'IU. En plus des régimes hypocaloriques, il peut être fait appel à la chirurgie bariatrique pour diminuer l'IMC, ce qui donne des résultats positifs identiques. De plus, toutes les études récentes montrent que cette perte de poids et de masse graisseuse chez les personnes obèses améliorent les comorbidités de l'obésité (diabète, hypertension, hyper uricémie).

Le rôle de l'urologue dans la prise en charge de l'incontinence urinaire

Femme sportive ou bien personne en surpoids, avant toute chose, il est nécessaire de prendre conscience qu'une incontinence urinaire débutante, fût-elle limitée à quelques gouttes, ne s'améliorera probablement pas spontanément. Pour toute incontinence urinaire, dès lors qu'une gêne est éprouvée, il vaut donc mieux en parler à son médecin traitant afin d'éviter une dégradation de la continence en l'absence de prise en charge.

Le médecin traitant pourra orienter vers l'urologue, le spécialiste de l'appareil urinaire de la femme et de l'homme. L'urologue est à même de faire un diagnostic précis en s'aidant éventuellement d'explorations.

Dans le cadre d'une IUE, il s'agira notamment de chercher à savoir l'ampleur de l'incontinence, ses causes et l'éventuelle association à d'autres troubles - problème d'impériosité, vidange incomplète de la vessie, etc.

C'est seulement lorsque l'ensemble du tableau urologique est dressé que l'on peut envisager une prise en charge adaptée.





Les traitements : des médicaments à la chirurgie

En dehors des mesures de prévention, des rééducations spécifiques et des régimes hypocaloriques, dans les cas d'obésité, il existe bien entendu d'autres recours thérapeutiques.

Pour l'incontinence urinaire par impériosité :

Les médicaments sont le traitement de première intention des impériosités, avec ou sans incontinence.

Les 4 molécules qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France appartiennent à la classe des parasymphicolytiques avec effet anticholinergique, 2 seulement sont remboursées (en gras) :

-  **Oxybutinine**
-  **Chlorhydrate de Trospium**
-  Toltérodine
-  Solifénacine

Elles agissent sur la contraction du détrusor.

Le traitement médicamenteux peut être associé à la rééducation.

Pour l'incontinence urinaire d'effort :

Si prévention et rééducation sont privilégiées, il existe des traitements pour renforcer le tonus du sphincter et du périnée pour les rendre plus résistants à la pression abdominale. La Duloxétine, un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline qui agit sur le tonus de l'urètre, a été testée avec des résultats plus ou moins probants.

Aujourd'hui, la Duloxétine n'a pas d'AMM en France pour cette indication, et les études cliniques (phase 3) ont donné des résultats nuancés ⁵:

- ✚ ainsi, certaines femmes ont renoncé à la chirurgie tant elles étaient satisfaites, l'effet de la Duloxétine se trouvant renforcé par la prescription simultanée d'une rééducation ;
- ✚ d'autres ont renoncé au traitement à cause des effets secondaires (idées suicidaires).

La chirurgie :

La chirurgie dans l'incontinence urinaire d'effort :

Elle est envisagée lorsque la rééducation a échoué.

Depuis plus de 10 ans, le traitement repose souvent sur la mise en place d'une bandelette sous-urétrale, en respectant de stricts critères d'indication (lire, en annexe, la synthèse des recommandations de l'Association Française d'Urologie).

La chirurgie dans l'hyperactivité vésicale :

Pour remédier à une pollakiurie ou à l'hyperactivité vésicale et à la dysnergie vésicosphinctérienne observées dans certaines lésions médullaires ou maladies nerveuses, on peut parfois intervenir de 2 façons :

- ✚ en implantant un neuromodulateur sacré (remboursé depuis 2002) ;
- ✚ par l'injection de toxine botulique (recherche clinique toujours en cours, hors des maladies neurologiques) non remboursée pour l'instant.

La toxine botulique :

L'injection de toxine botulique au niveau du détrusor, par voie endoscopique, permet de traiter une hyperactivité de la vessie chez les patients adultes blessés médullaires ou atteints de sclérose en plaques. Les injections détrusoriennes constituent une alternative sûre, conservatrice, réversible et efficace à court terme (6-12 mois) à l'échec des anticholinergiques pour traiter l'hyperactivité détrusorienne et ses conséquences cliniques. Elles obligent généralement à recourir à la vidange vésicale par auto sondages. Elles doivent être répétées tous les 6 à 9 mois, sans altération du résultat avec le temps.

Cette technique est actuellement à l'étude en phase II chez le sujet non neurologique.

⁵ Place de la Duloxétine dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort, de ROUPRET M., RICHARD F., CHARTIER-KASTLER E., Prog Urol, 2005, 15, 689 - 692.

Duloxetine dans l'incontinence urinaire d'effort, de P.L. Mc Cormack, G.M. Keating, 2004, 54, 2567 -2573.

Le neuromodulateur sacré⁶ :

La neuromodulation des racines sacrées consiste à délivrer de faibles impulsions électriques permanentes au système nerveux contrôlant le fonctionnement de la vessie, de l'anus et du rectum (généralement la racine S3) ; elle permet de corriger certains troubles liés à l'hyperactivité vésicale et à l'incontinence fécale, à savoir :

- ✚ l'urgence (besoin soudain et impérieux) qui raccourcit le délai de sécurité séparant l'envie de la fuite ou de la perte involontaire des selles ;
- ✚ les pertes incontrôlées lors d'un besoin urgent ;
- ✚ l'augmentation de la fréquence des mictions dans le cadre de l'incontinence urinaire.

Peu invasif et totalement réversible, le dispositif de neuromodulation est implanté sans dommage pour les structures anatomiques. La thérapie peut être arrêtée sans inconvénient – provisoirement par exemple, pour mener à bien une grossesse ou subir une intervention chirurgicale. Le patient possède une télécommande lui permettant de stopper ou de remettre en route le neuromodulateur grâce à un simple bouton « on/off ».

Avant l'implantation définitive, un test d'une durée d'une semaine est réalisé avec un stimulateur externe temporaire. Les patients qui répondent insuffisamment au traitement ne seront pas implantés. Les neuromodulateurs sont actuellement pris en charge par l'Assurance Maladie et ont représenté un apport considérable dans la prise en charge de ces troubles en cas d'échec ou d'abandon des traitements de première ligne.

Les autres traitements chirurgicaux :

Les agents de comblement :

Les agents de comblement sont proposés pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort de la femme, en cas de faiblesse du sphincter urétral. L'injection est réalisée en locorégionale par voie transurétrale. Actuellement, le service médical rendu (SMR) est jugé faible, compte tenu du niveau de preuve fourni et de l'existence d'alternatives thérapeutiques.

Aucun remboursement n'est accordé.

Les ballons ajustables⁷:

Les ballons ajustables (ACT) ont pour objectif de comprimer l'urètre dans la région sphinctérienne.

Ils pourraient être proposés :

- ✚ aux femmes souffrant d'incontinence urinaire à l'effort, lorsque les traitements de première ligne ont échoué ;
- ✚ aux hommes qui souffrent d'une incontinence urinaire persistante consécutive à une prostatectomie.

⁶ Prise en charge urologique des vessies neurogènes, de G. Karsenty - J. Corcos - B. Schurch - A. Ruffion - E. Chartier-Kastler, Prog Urol, 2007, 17, 568 - 575.

⁷ Cf. http://www.urofrance.org/AFU-Info/2005-12/HAS_Zuidex.pdf

L'intervention mini-invasive se déroule sous anesthésie locale. Les ballons ajustables sont mis en place par voie périnéale ou vaginale. En fonction du degré de continence du patient, la taille du ballon est ajustable, par une ponction percutanée d'un ou de deux des ports implantables. Cette méthode est en cours d'évaluation ; les ballons sont en attente de remboursement possible (dossier en cours à l'HAS) en 2009 pour l'homme.

LES BALLONNETS

Une étude autrichienne (Hübner et al.) montre, pour les 40 patients dont le suivi à 24 mois est déjà disponible, qu'ils n'utilisent plus en moyenne qu'une seule protection par jour, souvent "par sécurité" au lieu de six avant l'intervention.

Une autre étude (Trigo-Rocha et al), menée au tout début de l'implantation de systèmes ProACT met en évidence une amélioration significative de la qualité de vie.

Parmi les 23 patients suivis à long terme, l'auteur conclut que 15 (65 %) n'utilisent pas plus d'une protection par jour et sont donc continents, que 3 (13 %) se disent améliorés mais toujours insatisfaits et 5 (22 %) déclarent ne pas sentir de changement.

Sur les huit patients insatisfaits, deux ont reçu un sphincter artificiel, trois attendent une nouvelle procédure ProACT à la suite de la migration des ballons et les trois derniers réfléchissent à une procédure alternative.

Une troisième étude, française, (Lebret et al) montre que les patients inclus pour incontinence urinaire après prostatectomie radicale avec radiothérapie adjuvante ou traitement par Ablatherm, 76 % utilisent au maximum une protection par jour. Parmi les patients traités sans radiothérapie, 92 % se disent améliorés dont 38 % totalement secs. Pour les patients ayant eu une radiothérapie, le taux d'échec est de 55 %.

En ce qui concerne l'incontinence neurologique, les expériences sont encore préliminaires mais semblent très favorables eu égard à la simplicité de la technique dans cette population (voir abstracts du congrès AFU 2008 s'y référant pour le sphincter urinaire artificiel péri prostatique et les ballons ajustables chez l'homme et la femme neurologique).

Les sphincters artificiels :

Le sphincter urinaire artificiel (SUA) est proposé en cas d'incontinence urinaire sévère d'origine sphinctérienne, notamment :

- ✚ aux femmes avec une incontinence urinaire d'effort (IUE) sévère, par insuffisance sphinctérienne majeure ;
- ✚ aux hommes ayant une incontinence sévère par insuffisance sphinctérienne consécutive à une intervention chirurgicale prostatique.

L'intervention n'est pratiquée qu'en dernier recours, en cas d'échec de la rééducation ou d'autres alternatives thérapeutiques. Elle se déroule sous anesthésie générale.

Le principe du SUA consiste à remplacer les fonctions déficientes d'ouverture et de fermeture du sphincter : une manchette hydraulique en élastomère de silicone est placée autour de l'urètre et connectée à une pompe placée en sous-cutané (bourse ou grande lèvre), l'ensemble étant relié à un ballon ou réservoir qui régule précisément la pression interne du système. Celle-ci est calculée en vue de fermer l'urètre sans le léser ; le patient ne contrôle que l'ouverture, par pression sur la pompe sous-cutanée ; la fermeture est automatique après environ deux minutes de temporisation.

L'implantation du sphincter artificiel est totalement prise en charge, validée et particulièrement efficace (remboursée depuis plus de 20 ans en France).

AVANT TOUTE PRISE EN CHARGE UN DIAGNOSTIC PRECIS DOIT ETRE POSE PAR UN SPECIALISTE

Femme sportive ou bien personne en surpoids, avant toute chose, il est nécessaire de prendre conscience qu'une incontinence urinaire débutante, fût-elle limitée à quelques gouttes, ne s'améliorera probablement pas spontanément. Dès lors qu'une gêne est éprouvée, il vaut donc mieux en parler à son médecin traitant afin d'éviter une dégradation de la continence en l'absence de prise en charge.

Le médecin traitant pourra orienter vers l'urologue, le spécialiste de l'appareil urinaire de la femme et de l'homme. L'urologue est à même de préciser le diagnostic, en s'entourant éventuellement de certaines explorations pour compléter son examen clinique, prescrire toutes les explorations nécessaires à la pose d'un diagnostic précis.

Dans le cadre d'une IUE, il s'agira notamment de chercher à savoir l'ampleur, mesurer l'importance de l'incontinence, identifier sa ou ses causes et l'éventuelle association à d'autres troubles - problème d'impériosité, vidange incomplète de la vessie, etc.

C'est seulement lorsque l'ensemble du tableau urologique est dressé, connu, que l'on peut envisager une prise en charge adaptée.

Synthèse des recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique

Jean-François Hermieu, Arianne Cortesse, Vincent Cardot, Loïc Le Normand, Jean-François Lapray, Philippe Ballanger, François Monneins et le Comité d'Urologie et de Pelvi-périnéologie de la Femme (Association Française d'Urologie)

On l'a vu, la continence urinaire est un phénomène complexe qui se situe au confluent de phénomènes mécaniques, locaux et régionaux (au niveau de l'appareil urinaire) et de phénomènes neurologiques.

Ainsi, l'incontinence peut-elle être due à de multiples causes.

Il est donc très important de poser un diagnostic précis qui tienne compte de l'intrication de toutes les causes avant d'envisager une prise en charge.

En effet, un diagnostic trop rapide et imprécis pourrait conduire à choisir un traitement inadapté, décevant dans le meilleur des cas, délétère dans le pire des cas.

C'est pourquoi l'Association Française d'Urologie a rédigé une synthèse de recommandations concernant l'exploration et la prise en charge de l'incontinence féminine non neurologique.

Dans le contexte actuel d'évaluation, de normalisation, de recommandation, ce document rédigé par le Comité d'Urologie et de Pelvi-périnéologie de la Femme (CUROPF) de l'AFU a pour vocation :

- ✚ d'apporter un document complet de référence et de fournir des recommandations conformes aux données scientifiques actuelles tenant compte des pratiques réelles médicales
- ✚ d'assurer à tous la meilleure prise en charge possible compte tenu des dernières évolutions de l'état de l'art en urologie.

I. INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE

Le diagnostic d'une incontinence urinaire féminine est clinique.

L'Interrogatoire :

Il doit être précis et orienté. Il permet d'apprécier de façon subjective les antécédents, les circonstances déclenchantes, l'abondance des fuites.

Il est recommandé de classer le type d'incontinence urinaire : incontinence urinaire d'effort, par urgenterie ou mixte.

Les autres troubles mictionnels doivent être notifiés : dysurie, pollakiurie, syndrome douloureux. Ces troubles peuvent être consignés sur un catalogue mictionnel d'au moins 2 jours qui est recommandé dans l'exploration d'une incontinence urinaire féminine.

L'interrogatoire recherche également les troubles ano-rectaux (incontinence anale et troubles du transit), éventuellement associés.

L'examen clinique :

L'examen vessie pleine et le test à la toux pour visualiser la fuite et sa correction par les manoeuvres de soutènement du col vésical (manoeuvre de Bonney) et de l'urètre moyen (Manoeuvre de Soutènement Urétral : MSU) sont recommandés dans l'exploration d'une incontinence urinaire féminine.

Le Q-tip test n'est pas recommandé pour mesurer l'hypermobilité urétrale.

La réalisation d'un pad-test n'est pas recommandée dans l'évaluation d'une incontinence d'effort prouvée. Elle est recommandée pour confirmer une incontinence urinaire non diagnostiquée cliniquement ou dans les essais cliniques évaluant un traitement de l'incontinence urinaire.

La recherche d'un prolapsus associé par la manoeuvre des valves et l'évaluation du testing périnéal sont recommandées dans l'examen clinique de toute incontinence. En cas de prolapsus associé à une incontinence urinaire, il faut utiliser la classification de Baden et Walker ou la classification Pop-Q proposée par l'ICS (International Continence Society). La classification de l'ICS a le mérite d'être objective et reproductible mais est compliquée et peut être réservée aux études cliniques. En pratique clinique courante la classification de Baden et Walker en 4 stades est suffisante.

II. CALENDRIER MICTIONNEL ET QUESTIONNAIRES DE SYMPTOMES OU DE QUALITE DE VIE

L'utilisation d'un calendrier mictionnel est recommandée pour l'évaluation d'une incontinence urinaire.

Pour standardiser l'interrogatoire et pour préciser le type d'incontinence urinaire, l'utilisation d'un questionnaire de symptômes validé en français est recommandée.

L'évaluation du retentissement de cette incontinence par un questionnaire de qualité de vie est recommandée.

L'applicabilité des questionnaires en pratique courante nécessite de limiter les questions afin qu'il soit rapidement rempli par la patiente et interprété facilement par le thérapeute. En pratique quotidienne il est recommandé d'utiliser le questionnaire auto administré UPS® ou à défaut le questionnaire MHU auquel il faut ajouter l'évaluation sur le retentissement de l'incontinence sur la qualité de vie en utilisant l'échelle visuelle de la question 5 de l'ICIQ.

Dans le domaine de la recherche, il est possible d'utiliser des questionnaires plus longs et ciblés sur les symptômes évalués sans oublier les symptômes susceptibles d'être induits par le traitement.

III. EXAMEN URODYNAMIQUE :

Indications du bilan urodynamique chez la femme.

L'examen urodynamique n'est pas utile pour le diagnostic d'une incontinence urinaire féminine qui demeure un diagnostic clinique.

Avant toute chirurgie d'une incontinence urinaire d'effort pure, l'évaluation de la vidange vésicale par la mesure du débit maximum et du résidu post-mictionnel est recommandée. En présence d'une incontinence urinaire d'effort pure sans autre symptôme clinique associé, un bilan urodynamique complet n'est pas obligatoire mais permet d'aider à établir un pronostic et à informer la patiente sur son fonctionnement vésicosphinctérien.

En revanche, un examen urodynamique complet est recommandé pour explorer une incontinence urinaire complexe ou compliquée, et ce principalement en cas : d'antécédents de chirurgie de l'incontinence urinaire d'association à des urgenturies avec ou sans fuite, d'incontinence urinaire sévère, d'anomalies mictionnelles, de test à la toux négatif, de réduction de la capacité vésicale, de suspicion d'obstruction ou d'hypocontractilité vésicale, d'échec d'un traitement de première ligne

Préparation de la patiente :

Une information complète de la patiente sur le déroulement de l'examen et ses conséquences éventuelles est préconisée. Il est conseillé à la patiente de se présenter avec un besoin normal d'uriner.

Le bilan urodynamique ne doit pas être réalisé en cas d'infection urinaire non traitée • L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée.

Débitmétrie :

Le débitmètre doit être étalonné régulièrement et installé dans une pièce calme.

La débitmétrie est réalisée, si possible, avant la cystomanométrie, avec un besoin normal d'uriner. Il faut conseiller à la patiente d'uriner normalement sans effort de poussée en se détendant le plus possible. Il faut s'assurer, lors de la miction, que la totalité du jet tombe dans le débitmètre.

Les paramètres enregistrés sont principalement le Qmax (exprimé en ml/s), le volume uriné (exprimé en ml), l'aspect de la courbe. L'examen doit être interprété manuellement sans tenir compte de l'interprétation automatique.

Cystomanométrie :

La réalisation de la cystomanométrie obéit à des critères techniques précis décrits dans le chapitre « Recommandations pour la pratique de l'examen urodynamique dans l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique ».

Les paramètres enregistrés sont la pression détrusorienne de base, la perception du besoin, l'activité détrusorienne, la capacité et la complaisance vésicale. La mesure de la pression vésicale pendant la miction permet de vérifier que la vessie est contractile ou non, d'apprécier une obstruction en cas de débit mictionnel faible avec une forte pression vésicale et de dépister des efforts de poussée abdominale. Il est important de se mettre dans de bonnes conditions pour obtenir une miction de qualité.

Mesure et interprétation de la pression urétrale :

Afin d'effectuer une mesure correcte de la pression urétrale, il est recommandé

- De définir les normes utilisées
- D'utiliser un calibre du cathéter < 12 CH
- D'effectuer une mesure circonférentielle
- D'utiliser un cathéter perfusé à 2 ml/min
- De choisir une vitesse de retrait du cathéter de 1 mm/s
- De réaliser l'examen en position couchée ou assise, vessie semi-pleine, prolapsus réduits
- De répéter les mesures.

L'interprétation d'une profilométrie urétrale nécessite de considérer les éléments suivants :

La longueur fonctionnelle urétrale n'est ni un critère diagnostique, ni un critère pronostique de l'incontinence urinaire.

La pression urétrale ne peut être considérée comme un test utile pour diagnostiquer une incontinence urinaire féminine.

Elle est, par contre, en association avec des critères cliniques, un élément pronostique des résultats des techniques de cure chirurgicale d'incontinence urinaire d'effort féminine.

La mesure du ratio de transmission des pressions vésicales à l'urètre n'est ni un critère diagnostique, ni un critère pronostique de l'incontinence urinaire.

Divers :

Le VLPP : le VLPP est un examen difficile à réaliser et à interpréter dont les résultats doivent toujours être corrélés à la clinique et aux autres paramètres d'évaluation de la fonction sphinctérienne.

La pratique du VLPP ne peut être recommandée en pratique clinique quotidienne.

Vidéo-urodynamique : L'intérêt d'une étude couplée vidéo-urodynamique par rapport à des examens séparés consécutifs ne paraît pas évident.

La pratique d'études vidéo-urodynamiques ne peut être recommandée en pratique clinique quotidienne.

Examen urodynamique ambulatoire : En raison des artefacts qu'il induit et de ses difficultés d'interprétation, l'examen urodynamique ambulatoire n'est pas recommandé en pratique clinique quotidienne.

IV. IMAGERIE Indications de l'imagerie

En dehors de l'évaluation échographique du résidu post mictionnel, le recours aux examens radiologiques n'est pas recommandé dans l'évaluation initiale d'une incontinence urinaire féminine non neurologique.

Cystographie : La réalisation d'une cystographie n'est pas recommandée pour évaluer une incontinence urinaire à l'effort, par urgence ou mixte, non compliquée de première intention.

La réalisation d'une cystographie peut être recommandée en cas d'incontinence urinaire complexe, compliquée ou récidivée, de discordance entre la clinique et le bilan urodynamique ou en cas de prolapsus associé. Dans ce cas il convient de préférer une colpocystodéfécographie voire une IRM dynamique.

Echographie de l'appareil urinaire :

La réalisation d'une échographie n'est pas recommandée pour l'évaluation initiale d'une incontinence urinaire d'effort pure ou d'un prolapsus génital.

La réalisation d'une échographie en évitant une hyper diurèse et après une miction spontanée, est recommandée pour l'étude du résidu post-mictionnel et pour évaluer une bandelette sous urétrale compliquée.

L'échographie est un test optionnel en cas d'incontinence urinaire complexe ou récidivée, de discordance entre clinique et bilan urodynamique ou en cas de prolapsus.

IRM pelvienne :

La réalisation d'une IRM n'est actuellement pas recommandée pour l'évaluation initiale d'une incontinence urinaire.

V. AUTRES EXPLORATIONS :

Urétrocystoscopie :

L'uréthro-cystoscopie n'est pas recommandée dans le bilan initial d'une incontinence urinaire en dehors des circonstances suivantes :

- Hématurie micro ou macroscopique nécessitant la recherche d'une tumeur associée surtout en présence de facteurs de risque de tumeur urothéliale (intoxication tabagique, profession exposée)
- Signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire
- Présence de douleurs vésicales ou pelviennes inexplicables.
- Infections urinaires récurrentes
- Discordance entre symptomatologie et bilan urodynamique, ce dernier ne reproduisant pas les symptômes décrits par la patiente
- Bilan d'un échec, d'une récurrence ou d'une complication de chirurgie de l'incontinence urinaire,
- Suspicion de fistule uro-génitale.

Contrôle de la stérilité des urines :

Le contrôle de la stérilité des urines est recommandé dans les indications suivantes :

- Patiente présentant une incontinence urinaire par impériosité ou mixte
- Patiente âgée ou qui porte régulièrement des protections à cause de son incontinence urinaire, quelle que soit le type de l'incontinence urinaire
- Avant la réalisation d'un bilan urodynamique ou d'une cystoscopie
- Ce contrôle peut être réalisé par bandelette urinaire ou par examen cyto bactériologique des urines.

Cytologie urinaire :

La réalisation d'une cytologie urinaire :

- n'est pas recommandée dans le bilan d'une incontinence urinaire pure,
- elle est, en revanche, recommandée en présence de signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire, d'hématurie microscopique, de facteurs de risque de tumeur vésicale (intoxication tabagique, profession exposée),
- elle doit être réalisée sur des urines concentrées par un urocytologiste.

Explorations électrophysiologiques périnéales :

Les explorations électrophysiologiques périnéales ne sont pas recommandées dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique.