



Association  
Française  
d'Urologie

[www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)

# Dossier de presse

## Incontinence et sexualité



**Service de presse et de communication :**

MHC Communication

Véronique Simon/ Marie-Hélène Coste

38 avenue Jean Jaurès - 94110 Arcueil

Tél. : 01 49 12 03 43 - Fax : 01 49 12 92 19

✉ : [MHC@mhccom.eu](mailto:MHC@mhccom.eu)

## INTRODUCTION

### Incontinence et sexualité : oser en parler

L'incontinence urinaire concernerait près de 3 millions de Français de tous âges<sup>1</sup>.

Les chiffres sont cependant probablement sous-estimés, car nombre de personnes n'osent pas parler de leur incontinence, ou sous-estiment le problème.

#### Quand peut-on parler d'incontinence ?

La définition de l'incontinence urinaire (IU) proposée par l'International Continence Society (ICS) et reprise par l'ANAES, puis par la HAS est la suivante : « **toute perte involontaire d'urine dont se plaint le patient** ». Une définition somme toute subjective, et laissée à l'appréciation du patient, tout le monde n'en souffrant pas avec la même intensité.

- A partir de quand considère-t-on que l'on souffre d'incontinence : à partir de quelques gouttes d'urine perdues lors d'un effort ?
- A partir du moment où l'on commence à craindre les fuites, leurs odeurs, leurs tâches, et à réorganiser sa vie afin de s'en prémunir ou de les cacher ?
- A partir du moment où l'entourage le remarque ?

#### Et qu'en est-il de la plainte du patient ?

Il peut arriver que le déni soit plus facile, et que l'on ait tendance à minimiser l'importance de ses fuites d'urine. Elles renvoient à la vulnérabilité, au vieillissement, à l'imperfection de son organisme, dans une société qui met en scène des corps lisses proches de la perfection, où la revendication de l'endurance sportive et sexuelle est encouragée.

Souvent aussi, la tendance est de se réfugier dans le fatalisme (inéluçtable vieillissement du corps).

Dans un cas comme dans l'autre, l'absence de plainte ne signifie pas que le sujet ne souffre pas...

- de l'altération de l'image de soi,
- de la perte de confiance,
- des conséquences de conduites d'évitement dans tous les domaines de la vie (professionnelle, amicale, affective, sexuelle).

Et lorsque la souffrance devient trop importante et qu'il n'est plus possible de nier le problème, lorsque la plainte se fait jour, **il n'est pas toujours aisé d'oser en parler à son médecin** : l'incontinence, liée à des fonctions qui renvoient à l'excrétion et à l'animalité, comme la sexualité, est entourée d'une pudeur qui rend difficile l'expression d'une difficulté, d'un trouble, d'une plainte<sup>2</sup>.

De fait, elle est généralement abordée, subrepticement, à la fin d'une consultation pour toute autre chose, sur le pas de la porte... quand elle est abordée !

---

<sup>1</sup> Source : Rapport sur le thème de l'incontinence du Pr. François Haab au ministre de la Santé d'avril 2007.

<sup>2</sup> En effet, si les images du sexe sont exhibées dans des films, des revues, la sexualité ou le rapport personnel que chacun entretient à cette fonction à la fois animale et éminemment humaine reste de l'ordre du secret : <http://www.aihus.fr/prod/data/publications/sexologieclinique/Chaumeron-Sexo48.pdf>

De fait, beaucoup d'incontinences pourraient être découvertes, voire traitées, si la question était abordée par le médecin, comme le montre l'étude réalisée à partir des données relevées par le réseau Sentinelles de l'INSERM, en 2007 (lire Encadré).

Et la difficulté est d'autant plus grande lorsque l'incontinence s'accompagne de troubles de la sexualité.

**Or, pour de multiples raisons (anatomiques, neurologiques, psychologiques), les troubles de la continence s'accompagnent souvent de troubles de la sexualité :**

- 25 à 50 % des femmes présentant une incontinence urinaire, se plaignent aussi de troubles sexuels<sup>3</sup> ;
- selon les résultats d'une étude récente, 60 % des femmes souffrant d'incontinence urinaire font mention, lorsqu'elles sont questionnées, de fuites pendant les rapports<sup>4</sup>.

Chez l'homme, si l'incontinence urinaire est moins fréquente, elle peut aussi être très handicapante : l'incontinence urinaire masculine est souvent la conséquence du traitement du cancer de la prostate (prostatectomie, radiothérapie). Elle s'accompagne souvent de troubles de l'érection, voire d'incontinence pendant les rapports. Une situation difficile pour le patient, fragilisé par son cancer, qui se sent atteint dans sa virilité, sa dignité, et ne parvient pas toujours à exprimer spontanément sa plainte.

Pourtant, dans tous les cas, il existe des solutions qui permettent de restaurer (ou d'améliorer) la continence, la qualité de vie et la qualité de vie sexuelle en particulier. **Il est donc important que les patients osent parler de leurs troubles ou que les médecins intègrent le questionnement sur l'incontinence et la vie sexuelle à leurs questions de routine.**

Les solutions reposent sur :

- **Le diagnostic** : de quel type d'incontinence s'agit-il ? La réponse nécessite l'investigation rigoureuse de l'urologue, car de nombreux phénomènes sont impliqués dans les mécanismes de la miction et de la continence.
- **Le choix d'un traitement adapté au patient, expliqué (au patient voire à son ou sa partenaire) et intégré dans une prise en charge globale** :
  - **attentive à l'écoute du patient** (quelles sont ses plaintes, ses gênes, ses craintes ?) ;
  - comportant les conseils en termes de mode de vie (conseils hygiéno-diététiques) ;
  - mais aussi un soutien sexologique, lorsque l'incontinence affecte la vie de couple de manière importante.

L'urologue et le sexologue proposent des approches complémentaires qui optimisent le retour à une qualité de vie satisfaisante.

---

<sup>3</sup> Source : Revue Inter bloc, article de Anne-Florence Planté (Royal Melbourne Hospital, Urology Department), à paraître en mars 2012.

<sup>4</sup>International Urogynecology Journal, Janvier 2012, Incontinence during intercourse : myths unravelled.

**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'INSERM<sup>1</sup>, en partenariat avec l'AFU, et l'université Pierre et Marie Curie (UPMC) à la demande de l'Institut de Veille Sanitaire en 2007.**

Un « registre » de 2 183 patientes de plus de 18 ans consultant le jour de l'enquête a été constitué par chaque MG du réseau Sentinelles participant à l'enquête.

Chaque médecin généraliste a remis à chaque femme des questionnaires visant à évaluer l'existence d'une incontinence et renseigné l'année de naissance, le nombre d'accouchements et l'année du dernier accouchement.

L'étude a notamment 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 ;**
- 48,3 % d'entre elles ont déclaré porter tous les jours une protection.

L'étude a révélé que seules les femmes les plus sévèrement touchées par l'incontinence avaient consulté alors qu'un traitement précoce **de l'incontinence urinaire (voire des troubles mictionnels qui parfois la précèdent) contribue à améliorer la continence urinaire et la qualité de vie sur le long terme.**

# 1. Continence et sexualité : deux fonctions différentes sur un même territoire.

Continence et sexualité partagent un même territoire anatomique. Toutes deux dépendent également du système nerveux, et notamment de l'équilibre entre système sympathique et système parasympathique.

Pour bien comprendre les relations entre incontinence et sexualité, il est nécessaire de rappeler quelques fondamentaux sur ces deux fonctions.

## 1.1. Quelques rappels sur la physiologie de la miction.

La continence et la miction mettent en jeu des phénomènes complexes :

- locaux, reposant sur une mécanique locale (vessie, sphincter, périnée) ;
- et globaux des structures neurologiques médullaires ou corticales très élaborées.

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.

La continence repose sur une mécanique locale, déclenchée par des informations en provenance du système nerveux autonome.

Au niveau global, le bon fonctionnement de la miction et de la continence est sous la dépendance du système nerveux végétatif ou système nerveux autonome - c'est-à-dire de la part du système nerveux qui contrôle les fonctions automatiques non soumises - et plus précisément des systèmes sympathique et parasympathique.

Toujours sur le plan neurologique, l'hypophyse gère la production de l'hormone anti-diurétique (vasopressine).

### Concrètement, comment la continence est-elle gérée par l'organisme ?

**Pendant la phase de continence et de remplissage**, le système nerveux sympathique agit pour permettre :

- le relâchement du muscle vésical (appelé aussi « détrusor ») ;
- la contraction du sphincter lisse, c'est-à-dire du sphincter indépendant de la volonté, situé au niveau du col de la vessie.

**Le sphincter strié, qui reste contracté** (de contrôle volontaire,) intervient comme une sorte de **deuxième verrou, après le sphincter lisse**.

Il est sous la dépendance d'un nerf pelvien, le nerf pudendal, qui véhicule aussi des informations sensibles : perception de l'écoulement de l'urine, mais aussi sensibilité des organes génitaux externes (lire 1.2.).

**Au fur et à mesure du remplissage, grâce à son élasticité, la vessie s'adapte au remplissage et au stockage de l'urine.** Et au fur et à mesure qu'elle se distend, les fibres nerveuses contenues dans sa paroi transmettent des informations sur le niveau de remplissage au système nerveux central :

- Grâce à l'action du système sympathique, le muscle de la vessie demeure détendu et le sphincter lisse fermé agissant comme un bon verrou de sécurité pour assurer la continence.
- Au niveau de la conscience, les informations interprétées par le cerveau permettent à l'individu de percevoir l'envie d'uriner et de se retenir jusqu'à l'arrivée aux toilettes.

Le premier besoin est ressenti généralement lorsque la vessie contient 100 à 300 ml. La vessie peut continuer de se remplir alors que le besoin d'uriner se fait de plus en plus pressant, mais la continence est assurée par la mise en jeu volontaire : le besoin peut devenir pressant (autour de 400 ml), douloureux (vers 600 ml), **le contrôle volontaire du sphincter strié et des muscles périnéaux permet d'inhiber la miction jusqu'à l'arrivée aux toilettes.**

**La miction ou l'action d'uriner :**

**Elle est déclenchée volontairement à partir de la perception du besoin d'uriner.**

**En résumé :**

- Le sphincter strié se relâche sous l'action de la volonté pour laisser couler l'urine.
- **L'activation du système parasympathique provoque la contraction du muscle de la vessie et le relâchement du col vésical.**

La miction est particulièrement complexe car elle ne résulte pas, comme il pourrait sembler, de **la juxtaposition d'actions isolées qui s'ajoutent les unes aux autres. Il y a une intrication entre phénomènes réflexes et action volontaire.** Une bonne miction exige une parfaite synchronisation et coordination entre :

- la relaxation des muscles lisses de l'urètre (qui lève l'obstacle et permet le passage du jet) ;
- la relaxation du sphincter strié (en quelque sorte, le robinet sous contrôle volontaire) ;
- et la contraction du muscle vésical (qui favorise la bonne évacuation de toute l'urine).

Le dysfonctionnement de l'un de ces éléments, ou la mauvaise coordination de ces phénomènes, peut entraîner différents troubles : dysurie (faible jet), vidange incomplète (avec un risque consécutif d'infection bactérienne), incontinence.

## Emotion et miction

**Le contrôle volontaire de la miction est élaboré au niveau du cerveau, siège :**

- **de la perception des besoins,**
- **de l'inhibition ou du déclenchement volontaire de la miction,**
- **du contrôle du périnée,**
- **de la mise en œuvre d'un comportement adapté pour uriner,**
- **mais aussi des émotions.**

Or, comme le cerveau gère aussi les émotions, sous l'effet du stress (par exemple, en l'attente d'un examen, ou d'un entretien d'embauche, il arrive que l'émotion puisse amplifier l'envie d'uriner, d'où de fréquentes visites aux toilettes. Parfois même, sous le coup d'une émotion forte (paroxysme émotionnel), il peut arriver que la miction soit déclenchée involontairement. Ce phénomène peut se produire dans différents contextes :

- Peur intense
- Crise de fou rire
- Orgasme

On parle d'« **urination** ».

## 1.2. Quelques rappels sur la sexualité

Comme la continence, la sexualité repose sur une mécanique locale, étroitement liée à un phénomène global de transmission de l'information.

La mécanique locale met en jeu, dans la zone pelvienne, des phénomènes vasculaires, musculaires ou nerveux.

**Le désir se manifeste par l'érection, chez l'homme... comme chez la femme.** En effet, chez qui l'on observe un gonflement des organes génitaux :

- corps caverneux du clitoris,
- lubrification,

**L'érection est un phénomène vasculaire, provoquée par un afflux sanguin dans les organes génitaux** (sous la dépendance du système parasymphatique qui permet la vasodilatation).

Elle prépare et facilite la pénétration et le rapport sexuel.

**Pour l'homme, comme pour la femme,** au cours du rapport, les muscles du périnée jouent un rôle important dans la montée en puissance du plaisir. **Les contractions périnéales rythmées s'intensifient jusqu'à l'orgasme.**

De fait, on le voit, **chez l'homme, comme chez la femme, un bon périnée contribue à un bon orgasme (comme il contribue à une bonne continence urinaire).**

**Le fonctionnement de la mécanique locale dépend aussi des informations qui sont transmises par les nerfs pelviens.**

Ces informations sont de deux ordres :

- **motrices** (par exemple pour contracter le périnée) ;
- **sensitives** (pour transmettre au système nerveux central des messages de sensibilité générale).

**L'altération locale des nerfs (neuropathie d'étirement)** consécutive à des **pressions** ou à des **lésions** (conséquence d'une intervention chirurgicale, ou bien d'un accouchement, chez la femme), peut affecter leurs fonctions motrices et sensibles, avec :

- **une perte de tonus des muscles périnéaux** (ce qui retentit sur la sexualité comme sur la continence) ;
- **modification des sensations** (diminution du plaisir, absence d'orgasme, voire douleurs, dans certains cas).

La modification des sensations éprouvées lors des rapports renvoie aussi à une échelle plus globale, à des mécanismes nerveux complexes qui mettent notamment en jeu le système nerveux central et les systèmes nerveux sympathiques et parasymphatiques.

**L'inspiration, la libido, le désir et le plaisir trouvent leur origine dans le cerveau ou plutôt dans le va-et-vient complexe d'informations entre structures neurologiques et structures locales.**

**La libido** est fortement conditionnée par le niveau hormonal :

- Chez l'homme, la testostérone influence le niveau de désir.
- Chez la femme aussi, dans une moindre mesure, toutefois. Les œstrogènes, sécrétés en plus grande quantité au moment de l'ovulation, jouent aussi un rôle important en matière de désir féminin.

Chez l'homme, comme chez la femme, la diminution du niveau hormonal liée à l'âge peut affecter le désir. Or, la production hormonale est sous la dépendance de l'hypophyse, située dans le cerveau, au niveau de l'hypothalamus... L'hypothalamus qui est aussi le siège du système nerveux autonome, très important dans l'expression de la sexualité.



En effet, excitation, plaisir et orgasme sont sous l'influence des systèmes sympathique et parasympathique.

La montée du désir et du plaisir se fait sous la domination du système parasympathique, qui entraîne dilatation des vaisseaux, érection, lubrification chez la femme. Le plaisir va culminer dans une reprise de contrôle brutal du système sympathique.

Par ailleurs, les informations sensibles liées au plaisir sont transmises par le système nerveux central et décryptées par les structures cérébrales qui jouent un rôle majeur dans la perception de l'orgasme.

Enfin, s'ajoutent l'influence de l'expérience personnelle, des impressions subjectives du sujet, ou encore de son imaginaire, gérées, elles aussi, par le cerveau et qui peuvent interagir avec les autres phénomènes.

Et comme le cerveau est un emboîtement de systèmes et de processus qui, de la molécule au neurone, du neurone au réseau de neurones, déterminent notre comportement en interaction avec l'environnement, comme il nous permet de réagir à l'environnement, il est aussi transformé constamment par l'environnement : c'est ce que l'on nomme la plasticité neuronale.

**Au-delà des mécanismes partagés par l'ensemble des individus, la sexualité se décline, pour chacun, de manière différente, modulée par l'expérience et par les subtilités d'un cerveau complexe, en évolution permanente.**

De fait, lorsqu'un sujet se plaint de dysfonctionnements sexuels, le médecin doit considérer les données anatomiques mais aussi le récit du patient, sa demande et ses besoins. D'un individu à l'autre, les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets : les relations entre incontinence et sexualité en sont une bonne illustration.

## 2. Les interactions entre sexualité et continence :

Les mécanismes de la continence et de la sexualité mettant en jeu des zones anatomiques (au niveau pelvien) et des modes de contrôle communs (au niveau du système nerveux), elles partagent souvent :

- **les mêmes facteurs de risques,**
- **et parfois, les mêmes causes de dysfonctionnement.**

De fait, les troubles urinaires sont fréquemment associés à des troubles sexuels : ainsi, chez la femme, les différents troubles sexuels qui peuvent être rapportés sont :

- La diminution des rapports sexuels
- La baisse du désir, de la libido
- La diminution de la satisfaction
- La diminution de l'orgasme ou son absence (hypo ou anorgasmie)
- Les douleurs pendant les rapports (dyspareunie)
- Pour les hommes, les troubles de l'érection (dysfonction érectile).

### 2.1. Quelques éléments d'explication des symptômes :

Parmi les origines communes aux troubles de la continence et de la sexualité :

La diminution du tonus des muscles pelviens peut à la fois contribuer à une incontinence urinaire d'effort, si le tonus du sphincter n'est plus suffisant par rapport à la pression vésicale, et à la diminution de la satisfaction sexuelle. Chez la femme, elle est favorisée par les carences en œstrogènes et peut s'accompagner de bruits aériques pendant les rapports dus au relâchement des tissus, voire d'un prolapsus qui aggrave l'insatisfaction ou empêche les rapports (prolapsus).

Ces carences hormonales, facteur d'incontinence urinaire chez la femme, peuvent aussi conduire à une diminution de la taille du vagin et à des troubles de la lubrification qui entraînent des douleurs pendant les rapports.

- L'hypo-orgasmie, les troubles de la sensibilité du vagin et de la vulve chez la femme, peuvent être consécutifs à une atteinte du nerf pudendal dans le cadre d'une neuropathie périnéale d'étirement, fréquemment responsable d'une incontinence urinaire d'effort (par faiblesse musculaire).
- L'âge, s'il peut affecter l'équilibre vésico-sphinctérien (chez l'homme comme chez la femme) pour des raisons physiologiques, peut aussi retentir sur le désir pour des raisons psychologiques : se voir vieillir est difficile, modifie parfois le rapport à son propre corps ou à celui de son ou de sa partenaire. Le phénomène est d'autant plus important...
  - lorsque l'on a subi des interventions chirurgicales :
    - chez la femme, hystérectomie, ablation d'un sein à la suite du diagnostic d'un cancer du sein ;
    - chez l'homme, ablation de la prostate (troubles de l'érection, absence d'éjaculation).

- d'autant plus lorsque la continence urinaire est affectée (peur des odeurs, sentiment de dégradation lié à la perte de maîtrise d'une fonction excrétrice)... un cercle vicieux.

Enfin, dans certaines situations, l'incontinence urinaire révèle ou bien, au contraire, cache un problème lié à la sexualité :

- Elle le révèle, lorsqu'elle est la porte d'entrée en consultation, et que, au fil de la discussion avec le médecin, le patient ou la patiente rapporte un problème sexuel de quelque nature qu'il soit (baisse de la libido, manque de désir, espacement des rapports, etc.).
- Elle le cache, notamment lorsqu'elle sert de prétexte à renoncer à une sexualité qui n'est plus épanouie. L'incontinence est alors un alibi.

Il est important pour le médecin d'identifier ces situations pour offrir une approche au plus près des besoins et des choix de vie du patient.

## 2.2. Quelques chiffres :

### Chez la femme :

- entre 25 et 50 % des femmes présentant une incontinence urinaire se plaignent aussi de dysfonctions sexuelles ;
- 46 % des patientes présentant une anorgasmie présentent aussi des symptômes d'incontinence par urgenterie (besoins impérieux).

### Chez l'homme :

Chez l'homme, l'incontinence urinaire est, le plus souvent, la conséquence du traitement chirurgical ou radiothérapeutique du cancer de la prostate et / ou d'une hyperactivité vésicale : elle est souvent associée à des troubles sexuels plus importants (lire encadré) :

- Selon une étude récente menée en Autriche publiée en 2011, dans l'European Urological Review<sup>5</sup> :
  - près de 18 % des hommes souffrant d'une hyperactivité vésicale considère que celle-ci affecte leur vie sexuelle ;
  - 25 % des hommes chez qui l'hyperactivité vésicale provoquait une incontinence se plaignaient du retentissement de leurs symptômes sur la qualité de leur vie sexuelle ;
  - avec un impact de l'incontinence plus important chez les hommes âgés de plus de 50 ans.

Le retentissement de l'incontinence urinaire est, en général, plus important lorsque celle-ci se manifeste pendant les rapports sexuels, et peut conduire parfois à y renoncer.

---

<sup>5</sup> European Urological Review, 2011 ; 6 (1) 43-45 <http://www.touchurology.com/articles/overactive-bladder-syndrome-and-sexual-dysfunction>

## Les fuites urinaires pendant les rapports (incontinence coïtale) concerneraient :

- **60 % des femmes souffrant d'incontinence (toutes incontinenes confondues)** selon une étude récente, menée au Royaume-Uni<sup>6</sup>.
- **Environ 20 % des hommes ayant subi une prostatectomie radicale dans le cadre du traitement d'un cancer de la prostate**, selon une étude menée en Suède entre 2000 et 2007 et portant sur 1 288 patients<sup>7</sup>. D'où l'importance de veiller à régler le problème de l'incontinence urinaire avant la prise en charge de la sexualité et la reprise des rapports sexuels.

### Chaque patient est différent :

L'expérience des médecins, tout comme les analyses de la littérature médicale montrent qu'il n'existe pas de corrélation entre l'intensité de l'incontinence et la gêne éprouvée par le patient, notamment en termes sexuels.

Certains seront gênés par la crainte de quelques gouttes quand d'autres parviendront à s'accommoder de fuites plus importantes, y compris durant les rapports.

L'urologue doit être à l'écoute pour identifier les besoins de son patient, voire les demandes de la partenaire afin de proposer une stratégie sur mesure à chacun.

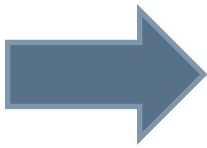
## Une prise en charge adaptée permet de réduire ou de guérir l'incontinence coïtale :

- **après un traitement adapté, 80 % des femmes avec une incontinence d'effort<sup>8</sup> voient leur incontinence coïtale disparaître ;**
- **60 % des femmes souffrant d'une incontinence liée à une hyperactivité vésicale, après traitement anticholinergique.**

<sup>6</sup> Etude menée sur 480 femmes dans le service d'Urogynécologie de l'hôpital de Sheffield entre 2006 et 2010, publiée dans *l'International Urogynecology Journal*, en janvier 2012.

<sup>7</sup> Etude menée dans le service d'urologie de l'Institut Karolinska publiée dans le *Journal of Sexual Medicine*, 2011 Sept ; 2632\_9/.

<sup>8</sup> *J Sex Med.* 2009 Jan;6(1):40-8.



**D'une manière générale, la prise en charge de l'incontinence urinaire a des répercussions favorables sur la sexualité :**

- en agissant sur une cause (ou une mécanique) commune à la continence et à la sexualité ;
- et /ou bien en permettant d'améliorer l'image de soi, la façon dont son ou sa partenaire la (ou le) perçoit, la relation entre les partenaires, autant de facteurs favorables à l'épanouissement sexuel ;
- en permettant l'expression de problèmes relationnels qu'une prise en charge sexologique ou psychothérapique contribuera à améliorer la qualité de vie et renforcer l'efficacité du traitement urologique.

**Lorsque coexistent incontinence et troubles de la sexualité, il est important d'établir un dialogue avec le patient, afin de mieux comprendre les liens entre les deux troubles, de mieux les expliquer.**

### 3. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire :

Le traitement de l'incontinence est choisi en fonction du type d'incontinence, selon le degré de gêne, selon l'âge du patient, son état général, ses comorbidités, en tenant compte de ses choix de vie.

#### 3.1. Le diagnostic de l'incontinence :

Le diagnostic de l'incontinence repose d'abord sur l'écoute du patient, de ses symptômes, de ses plaintes :

- **Quand l'incontinence se manifeste-t-elle ?**
- **A quelle fréquence ?**
- **Dans quelles situations de la vie quotidienne ?**

Etant donné sa prévalence, mais surtout ses répercussions en termes de qualité de vie, il est intéressant d'explorer l'existence d'une éventuelle incontinence coïtale.

D'une manière générale, il est important d'évaluer la répercussion de l'incontinence sur la qualité de vie, y compris sexuelle.

Les questionnaires validés visent à faciliter et à optimiser le questionnement du patient sur les symptômes et leur ressenti. Les questionnaires **Contilfe, USP - Urinary Symptom Profile ou PISQ-12 Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire** se trouvent en annexes du dossier de presse.

L'urologue s'appuie aussi sur un examen clinique :

- Examen du tonus du périnée.
- Manœuvres pour éprouver la résistance du sphincter voire d'observer les fuites à l'effort.
- Existence d'un prolapsus, chez la femme.
- Examen de la prostate, chez l'homme.
- Examen neurologique.

En complément, il peut demander au patient de remplir un catalogue mictionnel : cela consiste à relever pendant plusieurs jours d'affilée l'heure des mictions, leur volume ainsi que leurs caractéristiques (normales, douloureuses, à faible jet, impérieuses) ainsi que les éventuelles fuites.

Enfin, quand cela est nécessaire, l'urologue peut prescrire des examens complémentaires, comme le bilan urodynamique : cet examen aide à la compréhension des mécanismes de l'incontinence urinaire et permet de poser les bonnes indications d'un éventuel traitement chirurgical. Il permet d'évaluer :

- **le débit des urines (la débitmétrie) ;**
- **le résidu post-mictionnel (doit être inférieur à 10-15 % du volume des urines) ;**
- **la capacité de la vessie et sa compliance ;**
- **la perception du besoin ;**
- l'activité du sphincter et sa résistance aux pressions ;
- la contraction de la vessie à la miction ;
- les pressions tout au long de l'urètre.

## En amont de la consultation chez l'urologue

Lorsque l'on consulte pour la première fois pour une incontinence urinaire, il peut être intéressant, en amont de la consultation, de rédiger un petit catalogue mictionnel qui permettra à l'urologue de disposer d'éléments précis pour alimenter son diagnostic.

Des exemples de catalogues mictionnels figurent sur le site Internet de l'AFU : [www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)

D'une manière générale, il est important de recueillir autant d'éléments que possible concernant les mictions, la survenue des fuites, y compris lorsque celles-ci sont occasionnées par les rapports sexuels.

**Plus l'urologue dispose d'éléments, plus vite il sera à même de distinguer le type d'incontinence dont il s'agit (incontinence d'effort, incontinence par impériosité, incontinence mixte), meilleure sera la prise en charge.**

### 3.2. Rappels concernant les différents types d'incontinence :

Pour un bon résultat, il est important d'identifier le type d'incontinence et les mécanismes en jeu dans l'incontinence du patient.

**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, du fait du déséquilibre entre pression abdominale et pression du sphincter. L'IUE peut être provoquée par le rire, la toux, la course, la marche, la levée d'un poids, certains sports, les rapports sexuels : dans ce dernier cas, elle est plutôt responsable de fuite lors de la pénétration ou lors des changements de position.

**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. Au cours des rapports sexuels, l'incontinence par impériosité est souvent mise en cause dans les fuites au moment de l'orgasme.

**L'incontinence urinaire mixte :** elle associe incontinence d'effort et incontinence par impériosité chez un même patient.

**L'incontinence par regorgement :** il s'agit d'une rétention vésicale qui donne lieu à des fuites, par débordement. Chez l'homme, l'incontinence urinaire par débordement peut être la conséquence :

- d'un obstacle chronique à la vidange (par exemple, un adénome de la prostate) ;
- 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.

### 3.3. La prise en charge de l'incontinence :

La prise en charge de l'incontinence urinaire est globale et progressive. Outre les conseils hygiéno-diététiques (par exemple éviter les boissons et aliments irritants, comme le café, l'alcool, les mets acides ou piquants), l'urologue pourra d'abord proposer, en fonction du diagnostic :

- **Kinésithérapie** : la rééducation périnéale permet de **renforcer le périnée** et peut être prescrite en cas d'incontinence urinaire d'effort ou d'incontinence mixte. **Agissant sur le tonus des muscles pelviens, la rééducation périnéale a une influence très positive sur la sexualité : en plus d'augmenter le plaisir (par un effet mécanique), elle permet aussi d'avoir une meilleure connaissance et une meilleure conscience de son corps, un atout pour une sexualité épanouie.**
- **Thérapie comportementale** : elle consiste à reprogrammer le rythme mictionnel en espaçant progressivement les mictions afin **d'apprendre au patient souffrant d'impériosité à résister aux urgences.**
- **Psychothérapie** : la psychothérapie peut être conseillée, en complément d'autres approches, lorsque l'incontinence manifeste des difficultés d'ordre psycho-affectif.
- **Prise en charge sexologique** : lorsque l'incontinence retentit sur la sexualité et la relation du patient ou de la patiente avec son ou sa partenaire, une prise en charge sexologique pourra être conseillée, en complément des traitements urologiques.
- **Traitements médicamenteux** : les médicaments anticholinergiques prescrits dans l'hyperactivité vésicale agissent pour limiter les contractions anarchiques de la vessie.
- **Traitement chirurgical mini-invasif** :
  - pose de **bandelettes** de soutien en cas d'hypermobilité urétrale ;
  - **injections péri-urétrales** ou 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.
  - **Neuromodulation des racines sacrées**<sup>9</sup> : elle permet de remédier aux symptômes d'une hyperactivité vésicale, associée ou non à une incontinence, qui résiste aux traitements.

---

<sup>9</sup> Pour en savoir plus sur la modulation des racines sacrées : <http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/FI/2010/FI-2010-00090001-5/TEXF-FI-2010-00090001-5.PDF>



### 3.4. Les bénéfices en termes de sexualité :

La prise en charge de l'incontinence, lorsqu'elle est adaptée aux symptômes et aux besoins du patient, améliore la qualité de vie et notamment la qualité de la vie sexuelle.

Les études qui évaluent l'impact du traitement de l'incontinence urinaire sur la qualité de la vie sexuelle montrent une amélioration significative de celle-ci, voire la reprise de l'activité sexuelle chez certains patients.

Différents facteurs peuvent concourir à l'obtention de ces bons résultats :

- revalorisation de l'image de soi ;
- meilleure connaissance de son corps ;
- amélioration voire disparition de symptômes gênants (comme l'incontinence coïtale) qui contraignaient à des conduites d'évitements ;
- amélioration des facteurs mécaniques ou globaux contribuant à la continence et à la sexualité.

Quelques références...

- Concernant les bandelettes sous urétrales, chez la femme :
  - *The Journal of Sexual Medicine*, juillet 2011 *The impact of Mid-Urethral slings for the treatment of urodynamic stress incontinence on female sexual function.*
  - *Progrès en Urologie*, 2011, 21 : *Traitement de l'incontinence d'effort par Surgimesh® Sling, évolution de la qualité de vie et de la qualité de la sexualité des patientes sur 12 mois.*
- Concernant la neuromodulation des racines sacrées :
  - *Progrès en Urologie*, 2008 : *Résultats de la neuromodulation des racines sacrées postérieures sur les troubles mictionnels et impact sur la sexualité à partir d'une étude monocentrique.*

## CONCLUSION

Longtemps ignorée, l'évaluation du retentissement de l'incontinence sur la sexualité est aujourd'hui étudiée et démontrée, comme sont démontrés les bénéfices du traitement de l'incontinence sur la qualité de vie des patients, notamment en termes de sexualité.

Le succès de la prise en charge repose sur :

- le dialogue médecin-patient ;
- la complémentarité des approches pour définir un parcours sur mesure en fonction des besoins de chacun (kinésithérapie, traitement urologique, soutien sexologique).

La 10<sup>ème</sup> édition de cette semaine nationale d'information, organisée par l'AFU sur le thème de l'incontinence urinaire, participe de la volonté des urologues de donner des clés aux patients pour qu'ils se réapproprient leur corps et deviennent des acteurs de leur propre santé.

Elle souligne l'importance pour l'AFU, de la prise en compte **de la sexualité qui participe de la qualité de vie globale** :

- dans la prise en charge de l'incontinence chez l'homme comme chez la femme ;
- **dans le choix des traitements des autres pathologies comme le cancer de la prostate** pour lesquels les urologues pèsent, pour chaque traitement et chaque patient, les bénéfices et les risques en termes d'incontinence et de sexualité.

**La sexualité sera à l'honneur du prochain congrès de l'AFU, le thème du rapport du congrès lui étant dédié.**