



Particularités de la prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort de la femme obèse



Thibault Thubert, Jean-Francois Hermieu
Service d'urologie, clinique urologique,
centre hospitalier universitaire Bichat, 75018 Paris.

Stress incontinence urinary in obese women

Résumé

L'obésité, définie comme un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30kg/m^2 voit son incidence augmenter régulièrement dans nos sociétés industrialisées. En urologie de la femme, l'obésité favorise tous les types d'incontinence ainsi que le prolapsus génital. Le risque relatif d'incontinence urinaire (IU) chez la femme ayant une obésité majeure est supérieur à 5. La prise en charge de l'IU d'effort chez la femme obèse a quelques particularités. La rééducation périnéale et la perte de poids représentent la première ligne de traitement. Une perte de poids de 10 % réduit de 50 % la fréquence des fuites urinaires. Malheureusement, cette perte de poids est souvent difficile et peu durable. La mise en place d'une bandelette sous-urétrale, s'il existe une IU d'effort avec hypermobilité urétrale est la seconde étape. Les résultats fonctionnels et le taux de complications sont identiques à la femme non-obèse à condition que l'IMC soit inférieur à 35. Au-delà, le taux de succès chute à environ 50 % avec un risque accru d'impériosités de novo et de complications postopératoires. Dans cette population de femmes très obèses, la chirurgie de l'obésité fait aussi bien, voire mieux que la chirurgie de l'incontinence. Sur le plan technique, la voie transobturatrice évite le risque accru de plaie vésicale propre à la voie rétropubienne. Par contre, il n'est pas exclu que la voie rétropubienne permette des résultats plus durables lorsque fonction sphinctérienne et mobilité urétrale sont faibles avec, chez ces femmes en surcharge pondérale, des régimes de pressions intra-abdominales élevés.

Mots clés : Obésité, Incontinence urinaire, Bandelette sous urétral.

Correspondance

Jean-Francois Hermieu
Service d'urologie, clinique urologique,
centre hospitalier universitaire Bichat,
46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris.
jean-francois.hermieu@bch.aphp.fr

© 2011 - Elsevier Masson SAS - Tous droits réservés.

Abstract

Obesity, defined as a BMI over 30, is an increasing health problem all over the world. In most studies, a stronger association is observed between increasing weight, urinary incontinence and genital prolapse. Urinary incontinence (UI) prevalence is greater than 5 for women obviously obese. Specifically, stress UI management needs specificities in this population. Weight loss and pelvic floor muscles training are the first step of treatment. A 10% weight loss induces a 50% reduction of episodes of leakage. Unfortunately, weight reduction is usually non-lasting. In stress UI with urethral mobility, sub-urethral sling should be the second step. BMI < 35 seemed to be the best cutoff level. In that case, cure and complications rates are the same than in normal weight women. Above 35, there is a sharp decrease in cure rate (around 50%), and an increased risk of de novo urgencies and postoperative complications. For that obese women population, obesity surgery shows similar results than tension free vaginal tape. From a technical point of view, bladder injury is specific to retropubic access and should be avoided with transobturator access. On the other hand, retropubic access is likely to give longer lasting results on obese women whenever an intrinsic sphincter deficiency, a low urethral mobility and high intra-abdominal pressures are risk factors for failure.

Keywords: Obesity, Urinary incontinence, Sub-urethral sling.

Obésité : définition et épidémiologie

En pratique clinique courante, tout comme en épidémiologie, l'obésité est définie à partir d'un indice de masse corporelle (IMC)

prenant en compte des éléments simples : le rapport du poids (P) exprimé en kilogrammes la taille au carré (T^2) en mètres (P/T^2). Au-delà d'un IMC supérieur à 30kg/m^2 la personne est considérée comme obèse. Il



existe différents sous groupes : l'obésité de grade 1 ou modérée avec un IMC compris entre 30 et 34,9 kg/m², l'obésité de grade 2 ou sévère entre 35 et 39,9 kg/m² et l'obésité de grade 3 ou morbide au-delà de 40 kg/m².

En France, l'enquête Obépi menée en 2009 a montré qu'en 12 ans la prévalence de l'obésité est passée de 8,5 à 14,5 % avec une augmentation plus importante chez les femmes (15,1 %) que chez les hommes (13,9 %). L'obésité, considérée comme un problème de santé publique majeure avec un coût représentant 2 % des dépenses de santé, augmente dans toutes les catégories socioprofessionnelles mais à des vitesses inégales avec une augmentation relative allant de 37,9 % chez les cadres à 106 % chez les inactifs. De même, elle est inversement corrélée au niveau d'instruction et aux revenus des foyers.

L'obésité constitue en elle-même une maladie à part entière avec des morbidités qui lui sont propres. Elle met en cause différentes facettes de la personne : le somatique, le social ou bien encore le psychologique. Sur le versant somatique, elle est responsable de complications chroniques invalidantes touchant les différents systèmes de l'individu : sur le plan rhumatologique l'arthrose entraîne un retentissement important sur la qualité de vie avec une impotence fonctionnelle progressive, sur le plan métabolique le diabète, l'hyperlipidémie, l'hypertension artérielle augmente les risques cardiovasculaires des patientes, sur le plan digestif les risques de cancer du foie et du colon sont accrus, sur le plan urogynécologique elle représente essentiellement un handicap social avec un taux plus important de prolapsus génital, d'incontinence urinaire et anale et de troubles sexuels. De plus, l'obésité modérée à sévère est associée à un risque relatif de mortalité toutes causes confondues s'élevant respectivement à deux pour les femmes et à 2,58 pour les hommes [1].

Incontinence urinaire et obésité : physiopathologie

Chez la femme obèse, plus l'IMC est élevé, plus le taux d'incontinence sévère est important avec un risque relatif allant de 2,3 pour les femmes en surpoids à 5 pour les femmes ayant un IMC supérieur à 40 kg/m² [2]. Il a également été montré qu'il s'agissait principalement d'une incontinence urinaire mixte associant urgenturie et incontinence à l'effort. La physiopathologie complexe de cette association entre obésité et incontinence urinaire a été étudiée par différents auteurs qui s'accordent à dire que la part d'effort de l'incontinence est liée à une augmentation du diamètre sagittal abdominal entraînant une augmentation de la pression intra-abdominale. Celle-ci se répercute sur la vessie par une altération des fibres musculaires du périnée et par une augmentation de la pression de base entraînant une diminution des forces nécessaires à la miction [3]. Concernant la part d'urgenturie, il a été montré qu'outre l'altération des fibres nerveuses du périnée liées à la pression intra-abdominale et aux neuropathies fréquentes de l'obésité, les femmes ayant un IMC élevé présentaient une mutation du récepteur β_3 -adrénergique qui affecte à la fois la sensibilité à l'insuline et la relaxation du muscle vésical [4].

Quelle prise en charge de l'IUE chez l'obèse ?

Première étape : la perte de poids par régime et la rééducation périnéale

Différentes études ont montré le bénéfice de la perte de poids chez les obèses sur l'incidence de l'incontinence urinaire. La plus importante d'entre elle a été publiée par Subak en 2009. Elle compare deux groupes de population d'obèses subissant chacun un régime diététique différent et la répercussion de la perte de poids sur

l'incidence de l'incontinence urinaire. Le premier groupe bénéficie d'un régime comportemental pendant six mois avec une réduction moyenne de poids de 8 %. Le deuxième groupe, groupe témoin, qui suit un régime diététique standard, obtient une réduction de poids de 1,5 % sur la même période. Dans les deux groupes, une réduction du nombre d'épisodes d'incontinence urinaire par semaine est mise en évidence avec une réduction de 47 % dans le groupe du régime comportemental contre une réduction de 28 % de ces épisodes dans le groupe témoin. Dans le groupe ayant la plus importante perte de poids, il existe une réduction significative plus importante de l'incontinence urinaire d'effort et de l'incontinence mixte que dans le groupe témoin. De même au sein de ce groupe il existe une proportion plus importante de personnes témoignant d'une réduction de 70 % ou plus d'incontinence urinaire d'effort, d'urgenturie ou d'incontinence urinaire mixte. Il semble donc y avoir un effet bénéfique indéniable de la perte de poids sur l'incontinence urinaire [5]. On pourrait alors se demander si la perte de poids ne pourrait pas être en elle-même un traitement suffisant de l'incontinence urinaire chez la plupart des femmes obèses. Malheureusement cette réduction pondérale n'est pas toujours possible ni stable. Une étude plus ancienne, publiée en 2004 par Larsson, montre qu'avec le temps la perte de poids par régime n'est pas durable. Après 64 semaines, la femme retrouve pratiquement son poids initial ainsi que le taux d'incontinence urinaire de départ [6].

Pour les obésités majeures : la chirurgie de l'obésité ?

La solution pourrait alors résider dans une perte de poids plus importante passant par la chirurgie bariatrique comme les bypass, les sleeves plus pratiqués aujourd'hui que la pose d'anneaux gastriques. Les variations d'IMC à un an des patientes ayant subi ce type d'intervention varient en moyenne de 20 kg/m². Avec ces pertes de poids



majeures, la prévalence de l'incontinence urinaire, tout type confondu diminue de manière significative. Pour une population avec un IMC avoisinant les 48,9 kg/m², un an après une chirurgie bariatrique avec une diminution de l'IMC à 30 kg/m², la prévalence de l'incontinence urinaire passait de 66,7 à 37 % [7]. Il ne faut néanmoins pas oublier que la chirurgie bariatrique reste une intervention lourde non dénuée de risque et de contraintes postopératoires. Celle-ci est réservée à des indications précises : patientes âgées de 18 à 65 ans ayant un IMC supérieur à 40 kg/m² ou supérieur à 35 kg/m² si l'obésité est source de comorbidités, suivies depuis au moins un an par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans l'obésité.

Sans oublier la rééducation périnéale

Comme chez la femme non obèse, la rééducation périnéale est recommandée en première intention dans la prise en charge de l'IUE. Elle débute par une évaluation avec *testing* musculaire. Elle comporte une information verbale, du travail manuel associée à du biofeedback et de l'électrostimulation. Un travail proprioceptif et de l'enceinte abdominale est souvent associé.

La perte de poids associée à la rééducation périnéale améliore plus d'une fois sur deux les patientes. Malheureusement les résultats sont encore une fois souvent peu durables. Il est difficile de s'appuyer sur la littérature même récentes pour fournir des chiffres incontestables tant les travaux publiés sont hétérogènes, avec peu de recul, et, il faut le dire, souvent de faible valeur scientifique.

Quelle place pour la chirurgie classique de l'IUE ?

Avant l'ère des bandelettes sous uréthrales (BSU), les interventions couramment pratiquées telles que les colposuspensions selon Burch avaient des résultats satisfaisants avec un taux de satisfaction avoisinant les 84 %. La relation entre le taux d'échec du traitement chirurgical et le poids de la patiente a

été discutée par certains auteurs sans qu'on ait pu clairement établir un lien.

L'ère des BSU a permis de réaliser de nouvelles études s'intéressant à l'impact de l'IMC des patientes sur les résultats de la chirurgie de l'incontinence urinaire. La première étude publiée en 2001 sur ce thème était rétrospective et évaluait la faisabilité et l'efficacité de la pose de bandelettes sous uréthrales en fonction de l'IMC. Elle montrait une efficacité similaire de la chirurgie sans différence de morbidité quel que soit l'IMC des patientes avec un taux de satisfaction évalué par un questionnaire de qualité de vie à six mois de la chirurgie variant de 85 à 95 % selon les groupes [8]. En 2003, Rafii compare trois groupes de femmes incontinentes. Le premier groupe est constitué par des femmes de poids normal, le deuxième groupe par des femmes en surpoids et le troisième par des femmes obèses. Il ne trouve pas de différence significative en terme de temps opératoire, de saignement peropératoire, de perforation vésicale ou d'efficacité avec des taux de résultats satisfaisants allant de 82 % à 93 %. La seule différence significative porte sur un taux d'impériosités de novo plus important chez les femmes obèses [9]. Lovatsis mène une étude à la méthodologie similaire comparant des femmes non obèses ou en surpoids à des femmes ayant une obésité sévère. Il retrouve des résultats équivalents excepté, chez les femmes obèses, une durée opératoire plus longue (49 minutes en moyenne contre 35 minutes pour les patientes à IMC normal) ainsi qu'un taux de perforation vésicale plus important. Skriapas et al. confirment ces données en rapportant des taux de complications peropératoires et principalement de perforations vésicales plus élevés chez les femmes obèses [10].

Ces études un peu discordantes dans leurs résultats sont souvent rétrospectives avec des reculs faibles. Mais leur principal défaut est d'avoir des définitions éminemment variables de l'obésité allant d'IMC de 25 à 35. L'étude de Hellberg

Conclusion

L'obésité est une maladie à part entière qui évolue comme une véritable épidémie dans nos sociétés modernes avec une progression majeure de sa prévalence au cours des dernières années. Ses répercussions sur les individus qui en souffrent sont multiples. Sur le versant urogynécologique, elle est associée à la présence d'incontinence urinaire avec un risque relatif variant de 1,7 pour les femmes présentant un surpoids à plus de 5 pour les femmes atteintes d'obésité morbide. La prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort passe dans un premier temps par une prise en charge diététique et rééducative aux résultats malheureusement souvent peu durables. Dès lors, tout dépend du degré d'obésité. Au-delà d'un IMC à 35, la mise en place de bandelette sous-urétrales conduit à des résultats décevants avec une morbidité significative. La perte de poids massive par chirurgie bariatrique conduit à des résultats au-moins aussi bons que les bandelettes sous-urétrales. En dessous d'un IMC à 35, les résultats des bandelettes sous urétrales sont équivalents à ceux que l'on peut observer chez la femme n'ayant pas de surpoids. Reste à choisir la meilleure voie d'abord : la voie rétropubienne est plus délicate chez la femme en surpoids où l'épaisseur de la graisse prépubienne rend plus difficile les repères anatomiques. Cela explique un taux de perforation vésicale plus élevée dans cette population. Mais la voie rétropubienne conduit peut être à des résultats fonctionnels meilleurs, plus durables que la voie transobturatrice si la mobilité urétrale est faible, le sphincter médiocre et ce d'autant plus que le périnée de ces femmes obèses est soumis à des régimes de pression élevée.

La voie transobturatrice, évitant l'espace prévésicale est de réalisation plus aisée chez la femme obèse même si l'on est parfois gêné par un ancillaire un peu court lorsque les cuisses sont particulièrement volumineuses.



est la première à définir précisément le degré d'obésité des patientes opérées. Il définit ainsi une limite à 35 kg/m² d'IMC au-delà duquel les résultats fonctionnels se dégradent et le taux de complications post opératoires augmentent. Pour des obésités modérées, le taux de satisfaction est de 81,2 %, contre 52,1 % lorsque l'IMC est supérieur à 35 kg/m². Le taux de complications postopératoires telles que l'apparition d'hyperactivité vésicale ou d'impression désagréable de mal vider sa vessie sont plus élevées en cas d'obésité majeure avec des *odd ratios* respectifs de 1,31 et 2,86 [11].

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

Références

- [1] Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 1999;341(15):1097-105.
- [2] Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG* 2003;110(3):247-54.
- [3] Bump RC, Sugerma HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167(2):392-7 [discussion 397-9].
- [4] Luber KM. The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence. *Rev Urol* 2004;6(Suppl. 3):S3-9.
- [5] Subak LL, Wing R, West DS, et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med* 2009;360(5):481-90.
- [6] Larsson UE. Influence of weight loss on pain, perceived disability and observed functional limitations in obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28(2):269-77.
- [7] Burgio KL, Richter HE, Clements RH, et al. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstet Gynecol* 2007;110(5):1034-40.
- [8] Mukherjee K, Constantine G. Urinary stress incontinence in obese women: tension-free vaginal tape is the answer. *BJU Int* 2001;88(9):881-3.
- [9] Rafii A, Darai E, Haab F, et al. Body mass index and outcome of tension-free vaginal tape. *Eur Urol* 2003;43(3):288-92.
- [10] Skriapas K, Poulakis V, Dillenburg W, et al. Tension-free vaginal tape (TVT) in morbidly obese patients with severe urodynamic stress incontinence as last option treatment. *Eur Urol* 2006;49(3):544-50.
- [11] Hellberg D, Holmgren C, Lanner L, Nilsson S. The very obese woman and the very old woman: tension-free vaginal tape for the treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(4):423-9.