
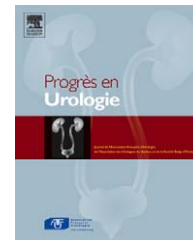




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL



Incontinence urinaire de la femme : profil épidémiologique au sud du Sahara[☆]

Urinary incontinence in woman: Epidemiologic profile in Sub Saharian countries

L. Niang*, R. Kane, M. Ndoye, M. Jalloh,
I. Labou, J.J. Diaw, A. Ndiaye, S.M. Gueye

Service d'urologie, hôpital général Grand Yoff, BP 3270, Dakar, Sénégal

Reçu le 30 décembre 2009 ; accepté le 20 janvier 2010

Disponible sur Internet le 24 avril 2010

MOTS CLÉS

Incontinence urinaire
de la femme ;
Pays au sud du Sahara

Résumé L'objectif de ce travail était de dresser le profil épidémiologique de l'incontinence urinaire de la femme africaine dans trois pays au sud du Sahara.

Matériel et méthodes. — Il s'agissait d'une étude multicentrique qui résumait trois enquêtes épidémiologiques effectuées par questionnaire à Nouakchott, à Dakar et à Ndjamena. Les études étaient effectuées à partir d'un questionnaire anonyme qui a permis de recueillir : l'état civil, les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux, la fuite urinaire et ses caractéristiques.

Résultats. — Au total, 3021 questionnaires ont été distribués, seules 2070 réponses ont pu être exploitées, soit un taux de 69%. L'âge moyen était de 28 ans. Les femmes de moins de 30 ans représentaient 56%, les femmes âgées entre 30 et 49 ans représentaient 42% et les femmes de plus de 50 ans représentaient 2%. La prévalence de l'incontinence était de 367 cas sur 2070 soit 17,7%. L'incontinence urinaire était par impériosité dans 28,6% ces cas, d'effort dans 38,4% des cas et mixte dans 33% des cas. Environ 23,9% des nullipares et 23,5% des multipares avaient une incontinence urinaire. Les fuites étaient occasionnelles dans 75% des cas et habituelles dans 25% des cas. Selon la gravité, 31% des femmes avaient des fuites avec changement de sous-vêtements. Seules 23% ont eu à consulter. Le retentissement psychosocial était retrouvé dans 31% des cas.

Conclusion. — L'incontinence urinaire était beaucoup plus fréquente dans nos régions qu'on ne l'imaginait, elle était rarement avouée.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Niveau de preuve : 3.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nianglamine72@yahoo.fr (L. Niang).

KEYWORDS

Female urinary incontinence;
Sub Saharian countries

Summary The objective of this study was to describe the epidemiologic profile of urinary incontinence of the African woman of three Sub Saharian African countries.

Material and methods. — A multicentric study summarized the epidemiological data collected in female from Nouakchott, Dakar and Ndjamena using a questionnaire. All participants filled an anonymous questionnaire including demographic data and marital status, medical, surgical, gynecological and obstetrical history and the characteristics of the urinary incontinence.

Results. — Overall, 3021 questionnaires were distributed, only 2070 answers (69%) could be processed. Mean age of the overall population was 28 years. Adult women aged less than 30 years accounted for 56% of the study population. The age group 30–49 years accounted for 42% of the population and only 2% of the study group had more than 50 years. The prevalence of incontinence was 367 cases over 2070 (17,7%). The types of incontinence found were: urgency in 28.6% of cases, stress incontinence in 38.4% of cases and mixed in 33% of cases. Approximately 23,9% of nulliparous and 23,5% of the multiparous had urinary incontinence. The leakage was occasional in 75% of the cases and regular in 25% of the cases. According to gravity, in 31% of cases the volume of urines lost necessitated a change of underwear. Of the women presenting urinary incontinence, 85 (23%) consulted a doctor. A psychosocial repercussion was found in 31% of the cases.

Conclusion. — Urinary incontinence is much more frequent in our areas than it was thought to be because it was rarely acknowledged.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'incontinence urinaire est un véritable problème de santé publique dont les conséquences peuvent être à la fois physiques, psychiques et financières. C'est ainsi que l'OMS a décidé le 1^{er} juillet 1998 de considérer l'incontinence urinaire comme une maladie et d'attirer l'attention du public sur ses symptômes et les moyens de la prévenir.

Les enquêtes estimant les proportions de l'incontinence urinaire aboutissaient à des résultats imprécis en raison des différences de méthodologies utilisées [1–3].

Longtemps considérée comme une fatalité due aux maternités et au vieillissement, l'étude de la littérature a montré que l'incontinence urinaire touchait aussi bien les femmes âgées que celles plus jeunes puisque 50% des femmes incontinentes ont moins de 50 ans [4]. Bien que la grossesse et l'accouchement par voie basse soient les causes d'incontinence, les nullipares étaient également concernées [5]. Le but de ce travail était de dresser le profil épidémiologique de l'incontinence urinaire de la femme noire en Afrique au sud du Sahara et d'en déterminer le retentissement.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude multicentrique transversale, qui résumait trois enquêtes épidémiologiques réalisées par questionnaire administré de manière asynchrone à des femmes vivant dans trois villes de l'Afrique sub saharienne : Nouakchott, Dakar, Djamaena. Critères d'exclusion : femmes enceintes, pertes urinaires liées à d'autres causes (fistules vésicovaginales). Critères d'inclusion : il s'agissait de toutes les femmes quels que soient l'âge et la situation matrimoniale au moment de l'enquête au niveau des différents sites (Annexe A Tableau S1 : voir le matériel complémen-

taire accompagnant la version en ligne de cet article) ou les questionnaires ont été introduits. Le questionnaire anonyme comportait une cinquantaine d'items dont plusieurs à double entrée (Annexe A Tableau S2).

Les données ont été saisies et exploitées avec l'utilisation du logiciel SPSS Statistical Package for Social Science 11.1.

Résultats

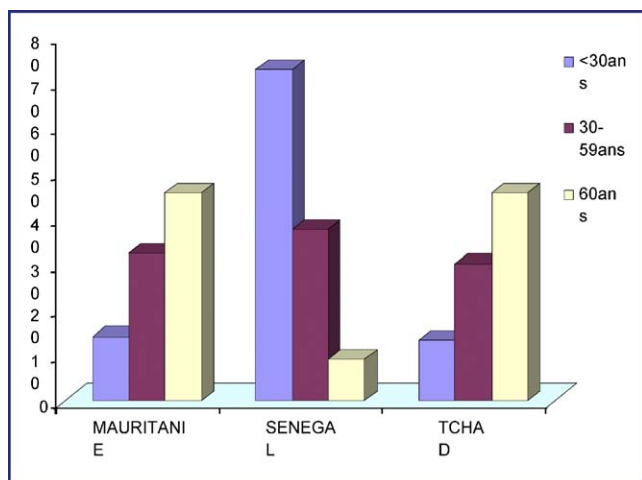
Au total, 3021 questionnaires ont été distribués dont 852 pour la Mauritanie, 1200 pour le Sénégal et 969 pour le Tchad. Les taux de réponse étaient respectivement de 90%, 74% et 81%. Seuls 2070 réponses ont été exploitables soit 87% pour la Mauritanie, 57% pour le Sénégal et 67% pour le Tchad. Âge des patients : l'âge moyen des patients était de 28 ans. Les femmes de moins de 30 ans représentaient 56% des cas (Fig. 1), seules 2% avaient plus de 50 ans. Le nombre de femmes ménopausées était de 5%. Catégorie socioprofessionnelle : la population estudiantine était représentée à hauteur de 31% et le personnel médical 8,2%.

Selon le statut matrimonial nous avions 53,8% de femmes mariées, 37,8% de célibataires, 4,8% de divorcées et 3,6% de veuves. Le niveau de scolarisation de nos patientes pour le supérieur le secondaire et le primaire était respectivement de 31%, 28%, et 19%.

Vingt-trois pour cent d'entre elles étaient non instruites. Sur le plan obstétrical : 29,8% étaient des nullipares, 23,8% des primipares et 46,4% des multipares. Les cas d'accouchements difficiles étaient notés dans 11,7% des cas. Les femmes signalaient une notion de chirurgie antérieure dans 10% des cas. Huit pour cent des femmes avaient signalé une notion de prise médicamenteuse pouvant entraîner des troubles vésicosphinctériens. Les antécédents familiaux d'incontinence urinaire existaient chez 128 femmes soit 6,3% de l'échantillon.

Tableau 1 Prévalence de l'incontinence selon l'âge.

Pays	Femmes jeunes (%)	Femmes d'âge moyen (%)	Femmes âgées (%)
Mauritanie	8	13,2	22,7
Sénégal	31,4	30,9	25
Tchad	8,7	17,5	95
Total	17,9	18,5	35,4

**Figure 1.** Répartition des femmes incontinentes selon l'âge.

La prévalence de l'incontinence était de 367 cas sur 2070 soit 17,7% de l'ensemble. L'incontinence urinaire était par impériosité dans 28,6% ces cas, d'effort dans 38,4% des cas et mixte dans 33% des cas. La prévalence de l'incontinence en fonction de l'âge est rapportée au **Tableau 1**. L'incontinence était retrouvée chez 42% des étudiantes et chez 9% du personnel médical. Selon la parité les nullipares présentaient une incontinence urinaire dans 23,9% des cas (**Tableau 2**). Les fuites étaient occasionnelles dans 75% des cas et habituelles dans 25% des cas. Selon la gravité, 42% avaient des fuites négligeables, 31% des fuites avec changement de sous-vêtements et jusqu'à 27% de cas de fuites nécessitant l'usage de protection. Les femmes ayant eu à consulter pour les fuites étaient au nombre de 85 soit 23% de l'ensemble des patientes incontinentes ; pour ces consultations, les gynécologues étaient les plus sollicités soit dans 33% des cas suivis des urologues dans 25% des cas alors que 20% des femmes avaient consulté des tradipraticiens. Les raisons évoquées par le reste des femmes qui n'avaient pas consulté étaient d'abord l'ignorance dans

Tableau 2 Répartition des femmes incontinentes selon la parité.

Pays	Nullipares (%)	Primipares (%)	Multipares (%)
Mauritanie	5,6	7,3	23,5
Sénégal	27	48,9	41,6
Tchad	45,4	7,3	30,3
Total	23,9	11,9	23,5

60% des cas et la honte dans 30% des cas. Aucune raison n'avait été évoquée par les autres. Seules 30% des femmes avait osé se confier à un tiers. Trente-trois pour cent des femmes qui avait eu un accouchement dystocique avaient une incontinence urinaire. Chez les femmes ménopausées l'incontinence était observée dans 45% des cas. Parmi les femmes qui avaient subi une intervention chirurgicale 38,6% d'entre elles étaient incontinentes. L'usage des médicaments entraînant des troubles vésicosphinctériens était associé dans 27% des cas à une incontinence. Les femmes qui avaient des antécédents familiaux d'incontinence présentaient une incontinence urinaire dans 29% des cas. Les troubles trophiques engendrés par les fuites étaient mis en évidence chez 15% des femmes incontinentes. Le retentissement psychosocial était observé dans 31% des cas avec principalement des sentiments comme la gêne, la colère, la tristesse, la frustration, la peur et le sentiment de rejet de la part de leur entourage.

Discussion

Nous avons obtenu pour cette étude des taux de réponse de 90%, 82% et 73% respectivement pour la Mauritanie, le Sénégal et le Tchad. Ces taux, correspondaient aux valeurs retrouvées par Damián et al. [6] en Espagne pour le même type d'enquête. La prévalence de l'incontinence urinaire de la femme reste mal connue et montre des disparités importantes selon les différentes études, les taux variant entre 22 et 90% [7–10]. Ces disparités s'expliquaient surtout par le manque de consensus sur la définition de l'incontinence, du manque de critères objectifs d'évaluation ainsi que les biais méthodologiques liés à l'âge, aux populations étudiées [11], ainsi que de la nature des questionnaires. Le taux de prévalence relativement inférieur de notre série par rapport à celles européennes seraient dus à l'âge relativement jeune de nos patientes, à l'absence d'antécédents chirurgicaux notables mais aussi et surtout à des facteurs raciaux selon lesquels le périnée de la race noire serait plus solide que celui des blancs [12]. D'autres facteurs anatomiques seraient à l'origine d'une disparité de la prévalence sur le plan racial. Il s'agit notamment du siège plus élevé du col de la vessie chez la femme noire ainsi que de la longueur de son urètre qui serait plus long selon l'étude de Knobel [13]. Les taux de prévalence étaient beaucoup plus élevés chez les patientes de plus de 30 ans. En effet, la majorité des études avait retrouvé une progression de la prévalence selon l'âge [12] ; selon Brocklehurst [14] la prévalence passait de 10 à 16% au-delà de 30 ans ; la ménopause avec ses modifications hormonales serait la première cause liée à cet accroissement de prévalence.

D'autres études font état d'une diminution de la prévalence entre 55 et 75 ans et cela s'expliquerait, d'une part, par la réduction de l'activité sportive et, d'autre part, par la fréquence plus élevée des prolapsus génitaux à cet âge qui pourraient masquer l'incontinence. Malgré ces taux de prévalence élevés, l'incontinence restait encore un sujet tabou donc sous-évalué. Dans notre série, près de 77% de nos patientes n'avaient pu aborder le problème avec leur médecin. De même, dans la littérature, seule la moitié des patientes avait consulté [11] et 47% des femmes dans la série de Brocklehurst [14] en Angleterre. Les délais de consultation étaient de plus de cinq ans pour un tiers des patientes dans l'étude de Norton et al. [15], cela du fait de la gêne liée à l'abord du problème mais aussi de l'ignorance qui tournait autour de la question puisque 20% des femmes considéraient la maladie comme une situation normale et espéraient une rémission spontanée. Dans notre série, 60% des patientes considéraient le phénomène comme naturel. Les autres facteurs étiologiques retrouvés étaient principalement l'accouchement et la parité. L'incontinence urinaire d'effort (IUE) était la plus fréquemment retrouvée conformément aux données de la littérature qui retrouvaient 43%, 22%, 29%, respectivement pour l'IUE, l'incontinence par impériosité et l'incontinence mixte [8]. La gravité des fuites manquait de critères objectifs d'évaluation cependant 26,7% de nos patientes avaient recours à l'usage de protections. Dans la série de Minaire et Jacquetin [16], 10% des patientes avaient recours à ces protections de façon permanente. Sur le plan clinique, le retentissement physique de cette pathologie restait considérable; des infections et des irritations locales étaient retrouvées chez 15% de nos patientes, dans une série américaine [17], ce taux passait à 30% avec des formes plus graves chez les personnes âgées du fait de l'alitement. Il s'y ajoutait l'impact négatif de cette pathologie sur les activités domestiques, professionnelles, sociales, sportives et sexuelles [16,10]. L'impact psychosocial était considérable puisque 43% de nos patientes étaient psychologiquement affectées avec des sentiments comme la gêne, la colère, la tristesse, la frustration ainsi que la peur liée au risque de perdre leur emploi mais aussi au sentiment de rejet de la part de la société. Le profil psychosocial relativement précaire de ces patientes avait été bien étudié par Wyman [18] dans une revue de la littérature concernant le sujet. D'autres auteurs avaient noté l'impact négatif de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie [19].

Conclusion

L'incontinence urinaire reste encore un problème mal connu par nos patientes. L'évaluation et la prise en charge de cette pathologie souffrent de nombreux tabous liés encore à des considérations socioculturelles. L'impact sur la société et la qualité de vie des individus atteints sont énormes et contrastent avec le manque de prise en charge adéquate proposée à ces patientes.

Conflit d'intérêt

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (tableaux S1, S2) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et doi:10.1016/j.purol.2010.01.014.

Références

- [1] Nygaard I, Delancey JO, Arnsdorf ME, Murphy E. Exercise and incontinence. *Obstet Gynecol* 1990;5:848–51.
- [2] Ouslander JG, Blaustein J, Connor A, Orzeck S, Yong Cl. Pharmacokinetics and clinical effects of oxybutynin in geriatric patients. *J Urol* 1988;1:47–50.
- [3] Teasdale TA, Taffet GE, Luchi RJ, Adam E. Urinary incontinence in a community-residing elderly population. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:600–6.
- [4] Nemir A, Middleton RP. Stress incontinence in young nulliparous women; a statistical study. *Am J Obstet Gynecol* 1954;68:1166–8.
- [5] Thomas TM, Plymat KR, Blanni J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J* 1980;281:1243–5.
- [6] Damián J, Martín-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo-Márquez L, et al. Prevalence of urinary incontinence among spanish older people living at home. *Eur Urol* 1998;34:333–8.
- [7] Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997;32(Suppl. 2):3–12.
- [8] Scarpero HM, Fiske J, Xue X, Nitti VW. American Urological Association Symptom Index for lower urinary tract symptoms in women: correlation with degree of bother and impact on quality of life. *Urology* 2003;61:1118–22.
- [9] Siracusano S, Pregazzi R, d'Aloia G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorari V, et al. Prevalence of urinary incontinence in young and middle aged women in an italian urban area. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;107(2):201–4.
- [10] Ballanger P, Rischmann P. Incontinence urinaire de la femme. Evolution et traitement. Rapport du 89eme congrès de l'association française d'urologie 1995. *Prog Urol* 1995;5:747–52.
- [11] Saussine C. Incontinence urinaire chez la femme. *Prog Urol* 2009;19:279–84.
- [12] Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. Association of age, race and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurse's Health Study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;83:428–34.
- [13] Knobel J. Stress incontinence in the black female. *S Afr Med J* 1975;49:430–2.
- [14] Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community-analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993;306:832–4.
- [15] Norton PA, Mac Donald LD, Sedgwick PM, Stanton SL. Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency and urgency in women. *BMJ* 1988;297:1187–9.
- [16] Minaire P, Jacquetin B. La prévalence de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1992;21(7):731–8.
- [17] Sengler J, Sambuc R, San Marco P, Grosse D, Barbellion M. enquête épidémiologique sur les troubles mictionnels de la femme. *Ann Readapt Med Phys* 1993;36:251–7.
- [18] Wyman JF. the psychiatric and emotional impact of female pelvic floor dysfunction. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1994;6:336–9.
- [19] Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebout P, Bosio le Goux B, Klein P, Haab F. Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: A national cross-sectional survey. *Eur Urol* 2006;50(4):818–25.