



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Définition, épidémiologie et retentissement du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale non neurologique



Definition, epidemiology and impact of non-neurogenic overactive bladder

V. Phé^{a,*}, X. Gamé^b

^a Sorbonne université, service d'urologie, hôpital Pitié-Salpêtrière, assistance publique-hôpitaux de Paris, Paris, France

^b Département d'urologie, transplantation rénale et andrologie, CHU de Rangueil, université Paul-Sabatier, Toulouse, France

Reçu le 26 juillet 2020 ; accepté le 4 septembre 2020

MOTS CLÉS

Hyperactivité vésicale ;
Définition ;
Urgenturie ;
Prévalence ;
Retentissement ;
Qualité de vie

Résumé

Introduction. — Le syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (SCHV) est une pathologie fréquente ayant un retentissement fonctionnel important chez les patients qui en souffrent.

Objectif. — Effectuer une synthèse des connaissances actuelles sur la définition, l'épidémiologie et le retentissement du SCHV.

Méthode. — Une revue systématique de la littérature à partir de *Pubmed*, *Embase*, *Google Scholar* a été menée en juin 2020.

Résultats. — Le SCHV est défini par la survenue d'urgentes avec ou sans incontinence urinaire, habituellement associées à une pollakiurie ou une nycturie en l'absence d'infection urinaire ou de pathologie locale organique évidente (tumeur, infection, calcul). En France, le SCHV affecte 14 % de la population générale et cette prévalence augmente avec l'âge. Cette pathologie est une source d'altération majeure de la qualité de vie avec un retentissement physique (chutes, fractures, troubles du sommeil, fatigue), psychique (anxiété, dépression) social (limitation des loisirs, isolement) et économique.

Conclusion. — Le SCHV est défini de manière standardisée. Il s'agit d'une pathologie fréquente ayant des conséquences fonctionnelles importantes avec une altération notable de la qualité de vie.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : veronique.phe@aphp.fr (V. Phé).

KEYWORDS

Overactive bladder;
Definition;
Urgency;
Prevalence;
Impact;
Quality of life

Summary

Introduction. – Overactive bladder (OAB) is a common condition with a significant functional impact in patients.

Objective. – To synthesize current knowledge on the definition, epidemiology and impact of OAB.

Method. – A systematic literature review based on Pubmed, Embase, Google Scholar was conducted in June 2020.

Results. – OAB is defined by urinary urgency, usually accompanied by frequency and nocturia, with or without urgency urinary incontinence, in the absence of urinary tract infection or other obvious pathology. In France, OAB affects 14 % of the general population and this prevalence increases with age. This condition is a source of major deterioration in patients' quality of life with a physical (falls, fractures, sleep disorders, fatigue), psychic (anxiety, depression) social (limitation of leisure, isolation) and economic impact.

Conclusion. – The definition of OAB is standardized. OAB is a frequent condition and has significant functional consequences with a notable deterioration in quality of life.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (SCHV) est le dysfonctionnement du bas appareil urinaire le plus fréquent [1]. Il y a un quart de siècle encore, les symptômes du SCHV étaient mal définis. Depuis, la définition du SCHV a été standardisée [2,3]. Ainsi, le SCHV ne peut être considéré qu'une fois que toutes les autres situations cliniques, pouvant être responsables de symptômes évocateurs de ce dernier, aient été éliminées. De multiples études épidémiologiques ont permis d'établir que le SCHV était une pathologie fréquente [1], responsable d'un retentissement fonctionnel important chez les patients qui en souffrent. Les conséquences sont à la fois physiques, psychiques, sociales, économiques et impactent de manière significative la qualité de vie [4–7].

L'objectif de ce travail était, à partir d'une revue de la littérature, de faire une synthèse des connaissances actuelles sur la définition, l'épidémiologie et le retentissement du SCHV.

Matériel et méthode

Une revue systématique de la littérature à partir de *Pub-Med*, *Embase* et *Google Scholar* a été menée en juin 2020. Les mots clés utilisés dans la recherche étaient : « *overactive bladder* » [all fields] and « *definition* » [all fields], « *overactive bladder* » [all fields] and « *epidemiology* » [all fields] et « *overactive bladder* » [all fields] and « *impact* » or « *quality of life* ». Les articles obtenus ont ensuite été sélectionnés en fonction de leur ancienneté et leur type. Les articles originaux, les méta-analyses, les recommandations et les articles de revues les plus récents publiés en français et en anglais ont été conservés. Au total, 2098 articles ont été trouvés et 147 sélectionnés.

Résultats**Définition du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale non neurologique**

Depuis 2002, la terminologie des symptômes du bas appareil urinaire a été standardisée par l'*International Continence Society* [2], traduite en français en 2004 [8], puis réactualisée en 2010 [3]. Ainsi, le « syndrome clinique d'hyperactivité vésicale » (« *overactive bladder syndrome* ») est défini par la survenue d'urgentes avec ou sans incontinence urinaire, habituellement associées à une pollakiurie ou une nycturie en l'absence d'infection urinaire ou de pathologie locale organique évidente (tumeur, infection, calcul...) [8]. Les termes tels que « vessie irritable » ou « vessie instable » ne doivent plus être utilisés.

L'urgente (« *urgency* », synonyme urgence mictionnelle) est définie par le désir soudain, impérieux et fréquemment irrépressible d'uriner. C'est un besoin qui est anormal par sa brutalité et son intensité. Il ne s'accompagne souvent que d'une quantité urinaire modérée, voire faible. Il est différent de la progression normale du besoin qui passe d'une sensation de vessie remplie à une sensation d'envie d'uriner par vessie pleine. En effet, le besoin physiologique normal est le signe annonciateur d'une miction qu'il est possible de différer un certain temps pour satisfaire aux commodités sociales et contraintes d'environnement.

L'incontinence urinaire est une fuite involontaire d'urine. L'incontinence urinaire par urgente (IUU) est une fuite involontaire d'urine accompagnée ou immédiatement précédée par une urgente.

La pollakiurie est une augmentation de la fréquence mictionnelle pendant la journée ou pendant la nuit.

La nycturie est le besoin d'uriner réveillant le patient. La nycturie doit être différenciée de la pollakiurie nocturne

et de la polyurie nocturne (production d'un volume anormalement élevé d'urine pendant le sommeil).

On parle d'hyperactivité vésicale (HAV) « humide » (« *wet overactive bladder* ») quand il existe une IUU et d'HAV « sèche » (« *dry overactive bladder* ») en l'absence d'IUU.

Tous les symptômes du SCHV sont des symptômes de la phase de remplissage vésical.

Ainsi, le maître symptôme du SCHV est l'urgenterie. Cependant, le SCHV peut être polymorphe et dans le but de mieux préciser sa définition, des réflexions ont fait l'objet de discussions d'experts [9,10]. Parmi les pistes de réflexions, on peut évoquer la précision d'un organe « malade » permettant de suggérer un mécanisme sous-jacent qui n'est pas toujours d'origine vésicale, la définition d'un seuil de gravité, ou encore la modification de la définition du SCHV, qui ne doit pas être fondée que sur l'urgenterie, car ce symptôme peut ne pas être important chez les patients dont le comportement adaptatif réduit leur propension à l'urgence. Il a aussi été rapporté plusieurs types d'urgences, telles que les urgences « motrices » (définies par un besoin soudainement urgent, survenant sans aucune circonstance particulière), les urgences psychosensorielles (déclenchées par l'eau ou le froid), les urgences psycho-émotionnelles (frayeur, orgasme), les urgences psychocomportementales (syndrome clef-serrure) et les urgences d'orthostatisme [10]. La précision de ces différents types d'urgences pourrait avoir un impact sur la stratégie thérapeutique à aborder en première intention.

Épidémiologie du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale non neurologique

Prévalence du SCHV

En France, la prévalence du SCHV est de 14 %. Elle est plus marquée chez les femmes (sexe-ratio 1,4) et augmente avec l'âge [11]. De plus, seulement un tiers des personnes souffrant du SCHV consulte un médecin pour ce motif.

Quatre études-clés internationales ont rapporté la prévalence du SCHV dans le monde. Ils s'agit des études EPIC [1,12], NOBLE [13], EpiLUTS [14] et MILSOM [15]. Les principaux résultats de ces études sont résumés dans le [Tableau 1](#).

Les informations présentées dans ces travaux épidémiologiques sont souvent contradictoires. Cette discordance dans les estimations de prévalence peut être expliquée par une hétérogénéité significative dans les méthodes d'évaluation des symptômes, les critères d'exclusion, les définitions de cas (certaines études ont utilisé un classement de la gravité des symptômes alors que d'autres ne l'ont pas fait), et dans la période pendant laquelle la survenue des symptômes a été étudiée.

Cependant, ces études ont rapporté certains résultats communs.

Tout d'abord, le SCHV est une pathologie fréquente, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Alors que la prévalence globale est similaire dans les deux sexes, il existe des différences spécifiques liées au sexe. Ainsi, l'IUU est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. De plus, les symptômes isolés sont rares dans le SCHV. Il est beaucoup plus courant d'avoir une combinaison de symptômes, la polakiurie étant le symptôme le plus fréquemment rapporté.

La prévalence des symptômes du SCHV et des autres symptômes de la phase de remplissage augmente avec l'âge dans les deux sexes. Ainsi, l'étude EPIC a rapporté que parmi les participants âgés de 40 à 59 ans, 51 % d'hommes et 56 % de femmes avaient des symptômes de la phase de remplissage [1,12]. Trente-huit pour cent des hommes et 49 % des femmes de moins de 39 ans rapportaient ces mêmes symptômes.

Dans l'étude NOBLE, l'IUU augmentait avec l'âge dans les deux sexes, passant de 2 % à 19 % chez les femmes après l'âge de 44 ans et de 0,3 % à 9 % chez les hommes, avec une nette augmentation après 64 ans [13]. Ainsi, alors que la prévalence du SCHV avec IUU augmentait avec l'âge chez les femmes, tout au long de leur durée de vie, la principale augmentation de sa prévalence chez les hommes se produisait uniquement après l'âge de 65 ans. En revanche, l'augmentation de la prévalence du SCHV sans IUU liée à l'âge était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En effet, elle était de 8,5 % chez les hommes < 45 ans et de 21,8 % après 55 ans. Chez les femmes, la prévalence du SCHV sans IUU, après une augmentation progressive, atteignait un plateau après l'âge de 44 ans. Néanmoins, ces enquêtes ont largement exclu les personnes âgées vivant en institution.

Les précédents résultats sur l'étude de la prévalence du SCHV en Europe et aux États-Unis ont été également retrouvés en Asie. En effet, une étude chez 8284 individus, âgés de plus de 40 ans en Chine, à Taiwan et en Corée du Sud, a rapporté que la prévalence globale de l'HAV était de 20,8 % (femmes 22,1 %, hommes 19,5 %) et augmentait considérablement avec l'âge, passant de 10,8 % chez les 40–44 ans à 27,9 % chez les plus de 60 ans ($p = 0,001$) [16]. De plus, la présence de comorbidités (par exemple : maladie neurologique, diabète) était associée à une prévalence significativement accrue du SCHV. Seulement 10 % des participants sans SCHV déclaraient avoir consulté des professionnels de la santé pour des symptômes du bas appareil urinaire, contre 64 % de ceux qui avaient des symptômes sévères du SCHV ($p = 0,001$). Ces résultats reflètent, de manière indirecte, la gêne importante ressentie par les patients souffrant du SCHV.

Incidence du SCHV

Alors que les études longitudinales précédemment citées ont confirmé que la prévalence du SCHV augmentait avec l'âge, d'autres ont établi que le SCHV était est une maladie « évolutive » [17–19].

Dans une étude, menée entre 1991 et 2007, à Göteborg (Suède) [17], le nombre de femmes souffrant du SCHV avec IUU était passé de 6 % à 16 %, alors que la proportion de femmes avec un SCHV sans UUI ne différait pas significativement (11 % contre 10 %). Parmi les femmes ayant un SCHV sans IUU en 1991, 23 % étaient restées « sèches », 28 % signalaient une progression des symptômes vers un SCHV avec IUU et environ la moitié rapportait une rémission du SCHV en 2007. Le taux de rémission des symptômes du SCHV était plus élevé chez les femmes qui avaient un SCHV sans IUU (49 %) que chez celles qui avaient un SCHV avec IUU (26 %). Ces observations sont en faveur du caractère « dynamique » du SCHV.

D'autres études, australiennes et japonaises, vont dans le même sens [18,19]. Dans l'étude CHAMP, menée auprès

Tableau 1 Résumé des études-clés épidémiologiques sur la prévalence du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale.

	EPIC [1,12]	NOBLE [13]	EpiLUTS [14]	Milsom [15]
Géographie	Canada, Allemagne, Italie, Suède, Royaume-Uni	USA	USA	France, Allemagne, Italie, Espagne, Suède, Royaume-Uni
Participants	19 165	5204	20 000	16 776
Âge des participants	≥ 18 ans	≥ 18 ans	≥ 40 ans	≥ 40 ans
Modalités de sondage	Téléphone	Téléphone	Internet	Téléphone/direct
Prévalence globale du SCHV (%)	11,8	16,5	35,6	16,6
Femmes	12,8	16,9	43,1	17,4
Hommes	10,8	16	27,2	15,6
SBAU (%)	—	—	—	—
Femmes	66,6	—	—	—
Hommes	62,5	—	—	—
Incontinence urinaire (%)	—	—	—	—
Femmes	13,1	—	—	—
Hommes	5,4	—	—	—
Autres	Pollakiurie Femmes 25 % Hommes 31 % Nycturie Femmes 54,5 % Hommes 48,6 %	Chez les femmes SCHV avec IUU 9,3 % SCHV sans IUU 7,6 % Chez les hommes SCHV avec IUU 2,6 % SCHV sans IUU 13,4 %	Urgenturie et IUU Femmes : 15,3 % Hommes 9,3 %	Pollakiurie : 85 % Urgenturie : 54 % (pas de différence femmes/hommes) IUU 36 % (plus fréquent chez les femmes)
Niveau de gêne ressentie	Le SCHV sont aussi gênants chez les femmes (53 %) que chez les hommes (54 %) ; Degré de gêne augmente avec le nombre de SBAU	—	Le SCHV est plus gênant chez les femmes (65 %) que chez les hommes (60 %) ; Consultation motivée par le nombre de symptômes, le degré de gêne et l'âge du patient	Impact sur la qualité de vie chez 65 % des patients ayant un SCHV ; Femmes 67 % ; Hommes 65 % ; Moins de 1/3 des patients souhaitant consulter recevaient des traitements médicamenteux

NOBLE : *National Overactive Bladder Evaluation* ; EpiLUTS : *Epidemiology of Lower Urinary Tract Symptoms* ; SCHV : syndrome clinique d'hyperactivité vésicale ; SBAU : symptômes du bas appareil urinaire.

de 1705 hommes, âgés de plus de 70 ans, vivant à Sydney [18], la rémission des symptômes du SCHV sans intervention médicale ou chirurgicale a été observée chez 1 homme sur 3. De même, dans une étude longitudinale portée sur la communauté japonaise auprès de plus de 4000 hommes et femmes, âgés de 65 ans et plus, le taux d'incidence du SCHV était de 12 % et le taux de rémission de 30 % [19].

Facteurs de risque du SCHV

Différents facteurs de risque du SCHV ont été évoqués avec parfois des études contradictoires :

- le mode de vie. Ainsi, la consommation de boissons gazeuses pourrait être un facteur de risque de survenue du SCHV [20]. En revanche, le rôle de la consommation de thé, café ou alcool n'a pas été formellement établi [21,22]. Dans une étude, menée auprès de femmes

finlandaises, âgées de 18 à 79 ans, le SCHV était environ trois fois plus fréquent chez les actuelles fumeuses et deux fois plus fréquent chez les anciennes fumeuses en comparaison avec les femmes n'ayant jamais fumé. Il existait, par ailleurs, une relation dose-réponse entre le SCHV et l'intensité du tabagisme [23]. Cependant, d'autres études n'ont pas mis en évidence le rôle du tabagisme [22,24]. Les études sont également discordantes en ce qui concerne l'exercice physique [21,25] ;

- ethnicité. Les preuves concernant le rôle de l'origine ethnique dans la prévalence du SCHV sont limitées. Dans une petite étude taïwanaise [16], une prévalence plus élevée du SCHV (7,7 % contre 4,3 %, $p=0,02$) a été observée chez les femmes autochtones en comparaison avec les femmes non autochtones. Aux États-Unis, dans l'étude EpiLUTS [5], en analyse multivariée, le SCHV était significativement plus fréquent chez les participants

afro-américains (OR 2,0, $p < 0,001$) et hispaniques (OR 1,7, $p < 0,001$). Cependant, les auteurs n'ont rapporté aucune différence statistiquement significative chez les femmes après analyse multivariée, malgré une grande variation de la prévalence brute (27 % pour les femmes asiatiques, 43 % pour les blanches, 46 % pour les Afro-américaines et 42 % pour les hispaniques) ;

- les traumatismes psychiques. Dans l'enquête BACH [26], l'urgenterie et la nycturie étaient associées à des violences sexuelles, physiques et émotionnelles subies antérieurement pour les deux sexes et pour tous les groupes ethniques de l'étude. Des résultats concordants ont été trouvés dans une étude allemande basée dans laquelle 31 % des femmes souffrant de SCHV ont signalé deux fois plus souvent des violences physiques ou sexuelles en comparaison aux groupes sans SCHV ;
- les pathologies spécifiques de la femme et de l'homme. Leur rôle est traité dans les autres chapitres du présent rapport.

En outre, de multiples facteurs associés ont été identifiés parmi lesquels l'obésité, la colopathie fonctionnelle, l'énurésie dans l'enfance, la constipation, l'anxiété, la dépression, la ménopause, les maladies neurologiques, les pathologies rachidiennes, le syndrome d'apnée du sommeil, l'asthme, la bronchite chronique, le diabète et l'hypertension artérielle [11]. Il est intéressant de noter que seulement 12 % des personnes atteintes du SCHV n'ont aucune comorbidité [11].

Retentissement du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale non neurologique

Comprendre la manière dont le SCHV influence les changements de l'état de santé physique, psychique et social est essentiel du fait de la nature chronique de la maladie.

À l'échelle individuelle et à celle de la population générale, le SCHV a un impact majeur sur la qualité de vie et sur le fonctionnement psychosocial [4–7]. L'importance de cet impact est probablement sous-évaluée. Les répercussions comprennent aussi bien le temps et les efforts requis pour la gestion des symptômes dans la vie quotidienne que les ressources mises en œuvres pour obtenir une prise en charge qui peut être coûteuse (traitement nécessitant des visites médicales fréquentes) [27,28].

Retentissement physique du SCHV

Chutes et fractures. Le SCHV et la nycturie sont associés à un risque important de chutes [29] et fractures [30]. De plus, le traitement du SCHV permet de réduire significativement le risque de chutes, notamment chez les personnes âgées [29].

Troubles du sommeil et fatigue. La nycturie elle-même est une cause fréquente d'insomnie [31] associée à un risque majoré de mortalité [32]. Les troubles du sommeil et la fatigue sont présents dans des pourcentages substantiels de patients souffrant du SCHV [33]. Ils sont associés à des symptômes plus graves d'incontinence urinaire, à une mauvaise qualité de vie et à une moins bonne santé psychosociale. Les troubles du sommeil induits par la nycturie prédisposent les patients souffrant du SCHV à la fatigue diurne

et à l'épuisement qui peuvent exacerber les sentiments de dépression résultant de l'isolement [34].

Retentissement psychologique et social

Anxiété. Une étude ayant étudié la relation entre l'anxiété et les symptômes du SCHV [35] a rapporté qu'environ la moitié des sujets, souffrant de SCHV (48 %), avaient des symptômes d'anxiété et qu'un quart d'entre eux avaient une anxiété modérée à sévère. Les patients ayant un SCHV rapportaient des symptômes d'anxiété plus importants que les témoins. Les patients ayant un SCHV et souffrant d'anxiété rapportaient des symptômes de SCHV et d'incontinence urinaire plus graves, une qualité de vie moins bonne et davantage de difficultés psychosociales que les patients ayant un SCHV sans anxiété.

Dépression. De nombreux auteurs ont établi un lien direct entre incontinence urinaire et dépression [36]. Nygard et al. ont rapporté que 80 % des femmes avec une incontinence urinaire sévère étaient susceptibles de développer une dépression par rapport à 40 % des personnes souffrant d'incontinence légère [37]. Trente pour cent des patients ayant un SCHV souffrent de dépression qui se manifeste par un manque de motivation personnelle. Ceux qui sont déprimés ont une incontinence urinaire plus sévère, une perturbation accrue de leur vie quotidienne et un impact plus négatif sur leur qualité de vie par rapport aux patients sans dépression [37].

Perturbation de la vie quotidienne. L'impact sur la vie quotidienne est un paramètre difficile à mesurer. Difficulté dans la réalisation des tâches ménagères et obligation de prendre soin de son hygiène personnelle pendant les heures de travail sont des problèmes significatifs [38].

La vie récréative et l'isolement social. Les patients ayant un SCHV peuvent ne plus être en mesure de participer à leur sport de prédilection ou de s'engager pleinement dans des activités sociales dont ils jouissaient auparavant tels que les loisirs et les voyages [39]. Les patients souffrant du SCHV sont anxieux et ont une inquiétude constante de ne pas pouvoir atteindre les toilettes à temps pour éviter les fuites urinaires [34]. Pour certains, l'anxiété provoque des sentiments de désespoir et de dépression qui mènent à l'isolement social, à la réduction des contacts avec les membres de la famille et à la perte de confiance en soi.

Le SCHV et l'IUU sont des marqueurs de fragilité chez les personnes âgées avec des taux plus élevés de déficience cognitive et de troubles de la mobilité, un nombre plus élevé de comorbidités et un risque accru d'institutionnalisation [40]. L'isolement social, et particulièrement la solitude, sont particulièrement préoccupants pour le bien-être des personnes âgées.

Sexualité. Le SCHV a un large impact négatif sur la sexualité féminine chez les femmes sexuellement actives [41]. La prévalence de dysfonction sexuelle est plus élevée chez les femmes incontinentes que celles qui ne sont pas incontinentes [34]. Les facteurs contributifs sont la présence de lésions dermatologiques causée par la macération due aux fuites urinaires, la dépression et une diminution de la libido qui peuvent générer de la peur et de l'embarras pendant les rapports sexuels et l'évitement du partenaire [42,43]. Le traitement du SCHV permettrait de réduire de manière significative le risque de dysfonction sexuelle [41].

Diminution de la productivité du travail. Le SCHV génère des difficultés importantes dans le contexte du travail. En effet, les hommes et les femmes qui en souffrent sont plus susceptibles de ne pas être en mesure de travailler et d'avoir une productivité plus faible en comparaison à une population sans SCHV [44]. La comparaison suggère que la dégradation du travail chez les patients ayant un SCHV est proche de celle rapportée dans d'autres maladies chroniques telles que la polyarthrite rhumatoïde et l'asthme.

Les aidants. Les maladies chroniques créent un fardeau physique et émotionnel non seulement pour les patients, mais aussi pour les proches aidants, qui souffrent souvent d'épuisement physique et émotionnel et de déficiences sociales. Une étude a rapporté que les aidants des patients souffrant du SCHV avaient un sentiment d'impuissance, de confusion et de culpabilité, ainsi qu'un retrait social, provoquant ainsi de grandes souffrances physiques et émotionnelles et un épuisement physique et émotionnel [37]. Les émotions négatives provoquaient également un manque de communication et de compréhension mutuelle de la maladie entre les patients et leurs aidants, ce qui rendait la prise en charge plus difficile [45].

Retentissement économique

L'impact du SCHV sur les coûts des soins de santé des patients n'est pas bien établi. Une étude américaine a rapporté que les coûts liés aux soins de santé des patients ayant un SCHV étaient 2,5 fois supérieurs à ceux de patients sans SCHV. De plus, les patients souffrant du SCHV et de comorbidités chroniques liées à l'âge avaient recours à des coûts de soins de santé plus élevés que les témoins sans SCHV mais ayant les mêmes comorbidités [46]. Aux États-Unis, les coûts annuels associés au SCHV en ville sont > 9 milliards de dollars, dont 2,9 milliards pour le diagnostic et le traitement, 1,5 milliards de dollars pour les soins de routine, 3,9 milliards de dollars pour les conséquences sur la santé et 841 millions de dollars de pertes de productivité. Ces coûts soulèvent la possibilité que le traitement du SCHV à un stade précoce pourrait, à la fois, améliorer le patient mais aussi réduire les dépenses de santé [47]. L'impact économique du SCHV sur l'assurance-chômage doit également être pris en compte [48] mais est totalement non évalué en France.

Conclusion

Le SCHV est défini de manière standardisée. Il s'agit d'une pathologie fréquente ayant des conséquences fonctionnelles importantes avec une altération notable de la qualité de vie. Il est essentiel de disposer de données épidémiologiques fiables afin de mettre en œuvre des traitements adaptés et notamment de développer des actions préventives.

Financement

Aucun.

Déclaration de liens d'intérêts

XG : Pierre Fabre Médicament, Allergan, Medtronic, Mylan.
VP : Pierre Fabre Médicament, Allergan, Medtronic.

Références

- [1] Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006;50:1306–14 [Discussion 1314-5].
- [2] Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167–78.
- [3] Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29:4–20.
- [4] Agarwal A, Eryuzlu LN, Cartwright R, Thorlund K, Tammela TLJ, Guyatt GH, et al. What is the most bothersome lower urinary tract symptom? Individual- and population-level perspectives for both men and women. *Eur Urol* 2014;65:1211–7.
- [5] Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Milsom I, Irwin D, Kopp ZS, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU Int* 2009;104:352–60.
- [6] Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, EPIC Study Group. Symptom bother and health care-seeking behavior among individuals with overactive bladder. *Eur Urol* 2008;53:1029–37.
- [7] Vaughan CP, Johnson TM, Ala-Lipasti MA, Cartwright R, Tammela TLJ, Taari K, et al. The prevalence of clinically meaningful overactive bladder: bother and quality of life results from the population-based FINNO study. *Eur Urol* 2011;59:629–36.
- [8] Haab F, Amarenco G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labat J-J, et al. Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol* 2004;14:1103–11.
- [9] Drake MJ. Do we need a new definition of the overactive bladder syndrome? ICI-RS 2013. *Neurourol Urodyn* 2014;33:622–4.
- [10] Amarenco G, Peyronnet B, Hentzen C. Faut-il remettre en vigueur l'ancienne dichotomie « urgences motrices » – « urgences sensibles » ? *Prog Urol* 2019;29:1007–10.
- [11] Cornu J-N, Amarenco G, Bruyere F, Chartier-Kastler E, Fatton B, Grise P, et al. Prévalence et prise en charge initiale de l'hyperactivité vésicale en France : une étude transversale. *Prog Urol* 2016;26:415–24.
- [12] Irwin DE, Abrams P, Milsom I, Kopp Z, Reilly K, EPIC Study Group. Understanding the elements of overactive bladder: questions raised by the EPIC study. *BJU Int* 2008;101:1381–7.
- [13] Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003;20:327–36.
- [14] Coyne KS, Sexton CC, Vats V, Thompson C, Kopp ZS, Milsom I. National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. *Urology* 2011;77:1081–7.
- [15] Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001;87:760–6.
- [16] Chuang Y-C, Liu S-P, Lee K-S, Liao L, Wang J, Yoo TK, et al. Prevalence of overactive bladder in China, Taiwan and South Korea: results from a cross-sectional, population-based study. *Low Urin Tract Symptoms* 2019;11:48–55.
- [17] Wennberg A-L, Molander U, Fall M, Edlund C, Peeker R, Milsom I. A longitudinal population-based survey of urinary incontinence.

- tinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in women. *Eur Urol* 2009;55:783–91.
- [18] Noguchi N, Chan L, Cumming RG, Blyth FM, Handelsman DJ, Waite LM, et al. Natural history of non-neurogenic overactive bladder and urinary incontinence over 5 years in community-dwelling older men: the concord health and aging in men project. *Neurourol Urodyn* 2017;36:443–8.
- [19] Hirayama A, Torimoto K, Mastusita C, Okamoto N, Morikawa M, Tanaka N, et al. Risk factors for new-onset overactive bladder in older subjects: results of the Fujiwara-kyo study. *Urology* 2012;80:71–6.
- [20] McGrother CW, Donaldson MMK, Hayward T, Matthews R, Dallosso HM, Hyde C. Urinary storage symptoms and comorbidities: a prospective population cohort study in middle-aged and older women. *Age Ageing* 2006;35:16–24.
- [21] Bradley CS, Kennedy CM, Nygaard IE. Pelvic floor symptoms and lifestyle factors in older women. *J Womens Health* 2005;14:128–36.
- [22] Tettamanti G, Altman D, Pedersen N, Bellocco R, Milsom I, Iliadou A. Effects of coffee and tea consumption on urinary incontinence in female twins. *BJOG* 2011;118:806–13.
- [23] Tähtinen RM, Auvinen A, Cartwright R, Johnson 2nd TM, Tammele TLJ, Tikkinen KAO. Smoking and bladder symptoms in women. *Obstet Gynecol* 2011;118:643–8.
- [24] Teleman PM, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G, Mattiasson A. Overactive bladder: prevalence, risk factors and relation to stress incontinence in middle-aged women. *BJOG* 2004;111:600–4.
- [25] Dallosso HM, Matthews RJ, McGrother CW, Donaldson MM, Shaw C, Group LMIS. The association of diet and other lifestyle factors with the onset of overactive bladder: a longitudinal study in men. *Public Health Nutr* 2004;7:885–91.
- [26] Link CL, Lutfey KE, Steers WD, McKinlay JB. Is abuse causally related to urologic symptoms? Results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. *Eur Urol* 2007;52:397–406.
- [27] Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkun DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol* 2012;188:2455–63.
- [28] Overactive Bladder (OAB) Guideline - American Urological Association. [https://www.auanet.org/guidelines/overactive-bladder-\(oab\)-guideline](https://www.auanet.org/guidelines/overactive-bladder-(oab)-guideline), Diagnosis and Treatment of Non-Neurogenic Overactive Bladder (OAB) in Adults: an AUA/SUFU Guideline (2019) [https://www.auanet.org/guidelines/overactive-bladder-\(oab\)-guideline#x2939](https://www.auanet.org/guidelines/overactive-bladder-(oab)-guideline#x2939). (accessed April 24, 2020).
- [29] Jayadevappa R, Chhatre S, Newman DK, Schwartz JS, Wein AJ. Association between overactive bladder treatment and falls among older adults. *Neurourol Urodyn* 2018;37:2688–94.
- [30] Szabo SM, Gooch KL, Walker DR, Johnston KM, Wagg AS. The association between overactive bladder and falls and fractures: a systematic review. *Adv Ther* 2018;35:1831–41.
- [31] Bing MH, Moller LA, Jennum P, Mortensen S, Skovgaard LT, Lose G. Prevalence and bother of nocturia, and causes of sleep interruption in a Danish population of men and women aged 60–80 years. *BJU Int* 2006;98:599–604.
- [32] Fan Y, Wei F, Lang Y, Qi W. Meta-analysis of nocturia and risk of all-cause mortality in adult population. *Int J Cardiol* 2015;195:120–2.
- [33] Ge TJ, Vetter J, Lai HH. Sleep disturbance and fatigue are associated with more severe urinary incontinence and overactive bladder symptoms. *Urology* 2017;109:67–73.
- [34] Nicolson P, Kopp Z, Chapple CR, Kelleher C. It's just the worry about not being able to control it! A qualitative study of living with overactive bladder. *Br J Health Psychol* 2008;13:343–59.
- [35] Henry Lai H, Rawal A, Shen B, Vetter J. The relationship between anxiety and overactive bladder/urinary incontinence symptoms in the clinical population. *Urology* 2016;98:50–7.
- [36] Perry S, McGrother CW, Turner K, Leicestershire MRC Incontinence. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: development of a psychological model. *Br J Health Psychol* 2006;11:463–82.
- [37] Nygaard I, Turvey C, Burns TL, Crischilles E, Wallace R. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol* 2003;101:149–56.
- [38] Higa R, de Lopes MHB. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. *Rev Bras Enferm* 2007;60:213–6.
- [39] Salvatore S, Serati M, Laterza R, Uccella S, Torella M, Bolis P-F. The impact of urinary stress incontinence in young and middle-age women practising recreational sports activity: an epidemiological study. *Br J Sports Med* 2009;43:1115–8.
- [40] Zarowitz BJ, Allen C, O'Shea T, Tangalos E, Berner T, Ouslander JG. Clinical burden and nonpharmacologic management of nursing facility residents with overactive bladder and/or urinary incontinence. *Consult Pharm* 2015;30:533–42.
- [41] Balzarro M, Rubilotta E, Mancini V, Trabacchin N, Opezzini L, Li Marzi V, et al. Impact of overactive bladder-wet syndrome on female sexual function: a systematic review and meta-analysis. *Sex Med Rev* 2019;7:565–74.
- [42] Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med* 2008;5:2044–52.
- [43] Giuseppe PG, Pace G, Vicentini C. Sexual function in women with urinary incontinence treated by pelvic floor transvaginal electrical stimulation. *J Sex Med* 2007;4:702–7.
- [44] Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Clemens JQ, Chen CI, Bavendam T, et al. Impact of overactive bladder on work productivity. *Urology* 2012;80:97–103.
- [45] Siu JY-M. Coping with patients suffering from overactive bladder: experiences of family caregivers in Hong Kong. *Health Soc Care Community* 2017;25:83–91.
- [46] Durden E, Walker D, Gray S, Fowler R, Juneau P, Gooch K. The economic burden of overactive bladder (OAB) and its effects on the costs associated with other chronic, age-related comorbidities in the United States. *Neurourol Urodyn* 2018;37:1641–9.
- [47] Hu T-W, Wagner TH. Health-related consequences of overactive bladder: an economic perspective. *BJU Int* 2005;96:43–5.
- [48] Rapariz M, Mora AM, Roset M. Impact of overactive bladder symptoms on work activity: the ACTIVHA study. *Actas Urol Esp* 2018;42(3):176–84.