



Incontinence urinaire de la Femme

Mars 2024

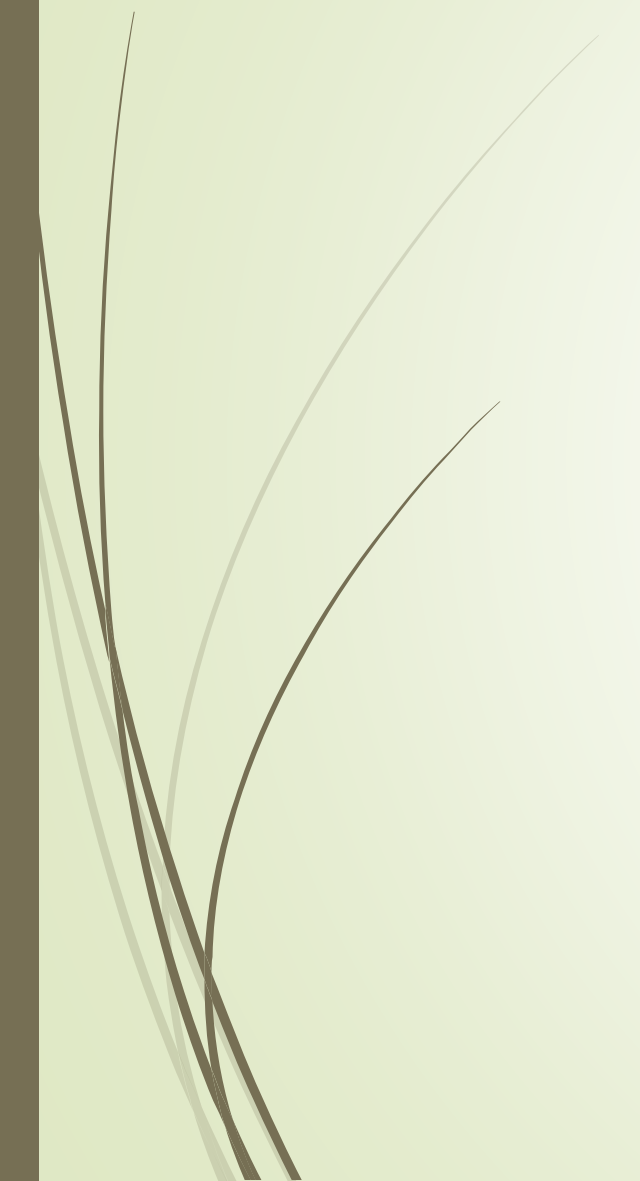
Dr Pascal TALLA

Urogynécologue

Avenue Premier-Mars 29, 2000 Neuchâtel



Plan



- I. Définition*
- II. Épidémiologie*
- III. Facteurs de risque*
- IV. Anatomie & Physiopathologie*
- V. Evaluation clinique*
- VI. Examens complémentaires*
- VII. Prise en charge thérapeutique*
- VIII. Arbre décisionnel*

Définition

➤ *L'incontinence urinaire est définie comme étant « **une fuite involontaire d'urine par le méat urétral et ayant un retentissement social ou hygiénique et démontré de manière objective***

➤ *On distingue :*

- *L'incontinence urinaire d'effort*
- *L'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale*
- *L'incontinence urinaire mixte*

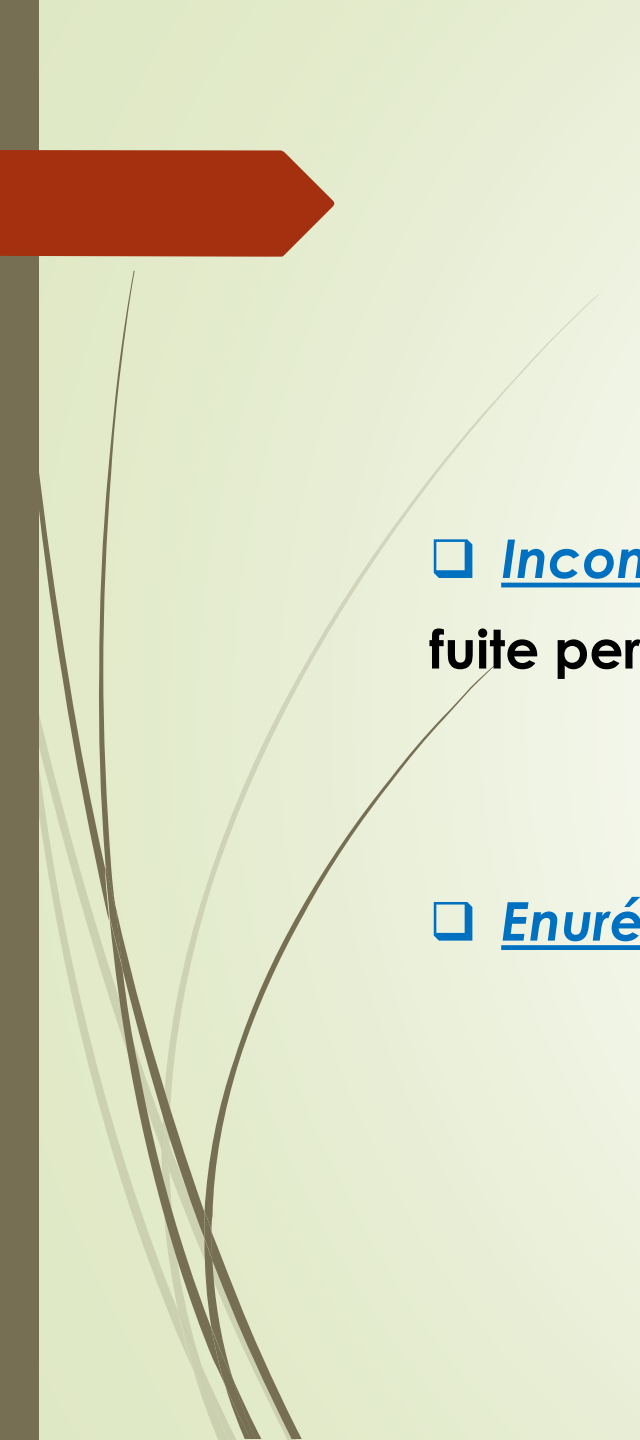
❑ L'incontinence urinaire d'effort

- est caractérisée par **une fuite involontaire d'urine, non précédée d'une sensation de besoin d'uriner** et qui survient à l'occasion **d'une élévation de la pression abdominale** telle qu'un effort de toux, soulèvement de charge ou de toute autre activité physique.
- Ce type d'incontinence est lié à un **dysfonctionnement du système ligamento-musculaire** qui assure la fermeture du canal de l'urètre hors des périodes de miction.

□ L'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale

est caractérisée par **une perte involontaire d'urine, précédée par un besoin urgent et irrépressible d'uriner** aboutissant à une miction qui ne peut être contrôlée

□ L'incontinence urinaire mixte



❑ Incontinence urinaire par regorgement:

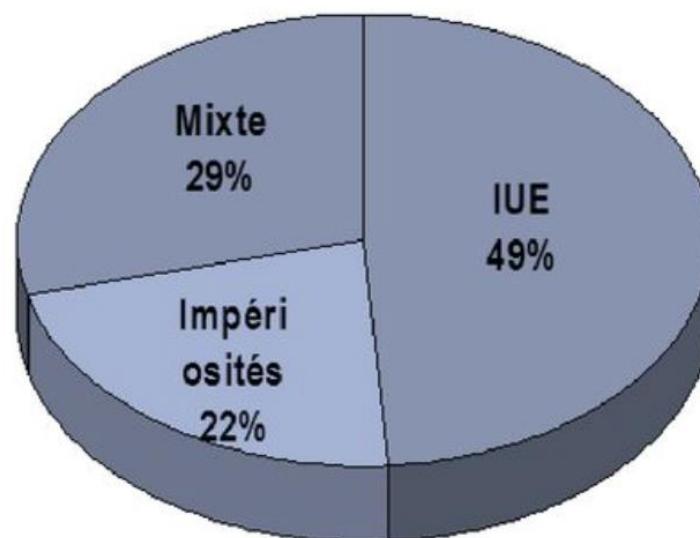
fuite permanente à vessie pleine (baignoire qui déborde)

❑ Enurésie: émission involontaire et inconsciente d'urine

ÉPIDÉMIOLOGIE

- La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge **(30% à 50 ans)**
- **L'IUE** prédomine chez les femmes jeunes ou en milieu de vie alors **que l'IUH et l'IUM** sont prépondérantes chez la femme âgée.
- **3 femmes sur 10 souffrent d'IU, mais moins de 50% consultent car :**
 - Gène
 - Processus normal du vieillissement
 - Efficacité des couches
 - Peur de la chirurgie

L'incontinence urinaire d'effort est la cause la plus fréquente des fuites d'urines



Facteurs de risque de l' IU

Facteurs
génétiques, race

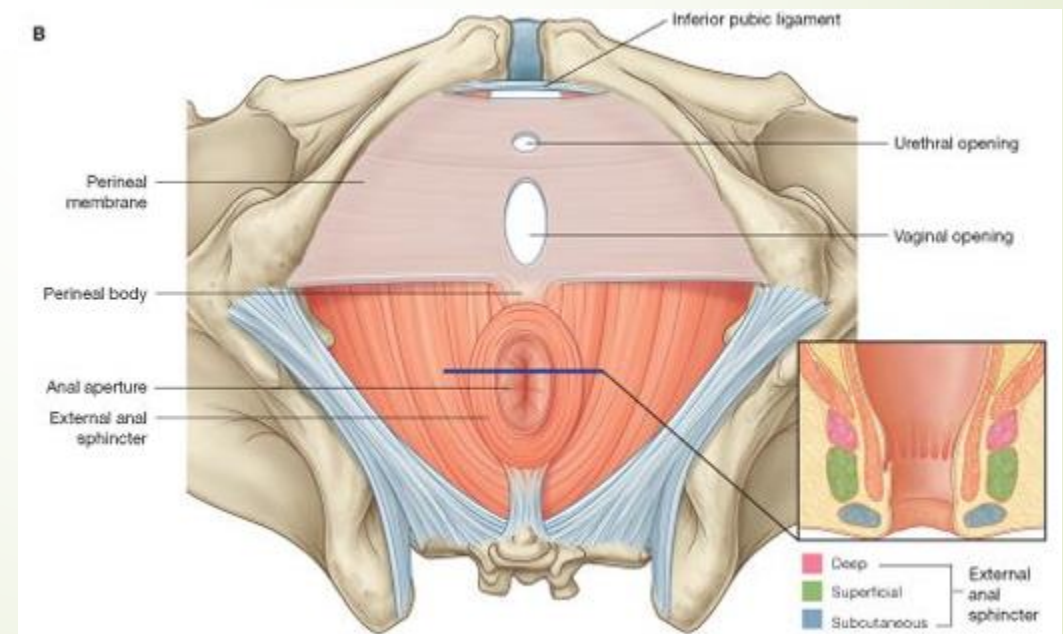
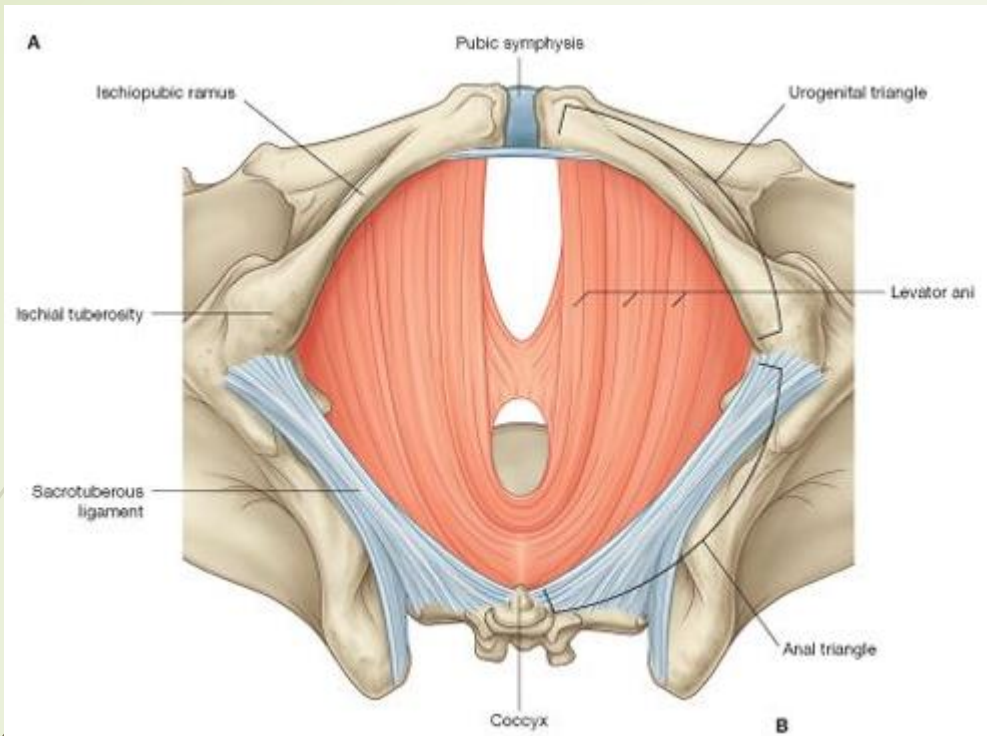
Obésité, tabac,
toux chronique,
constipation
chronique,
activités
physiques
(sports hauts
niveaux)

Grossesses,
accouchements
chirurgie,
pathologies
neuro-musculaires
et du collagène

Age, ménopause

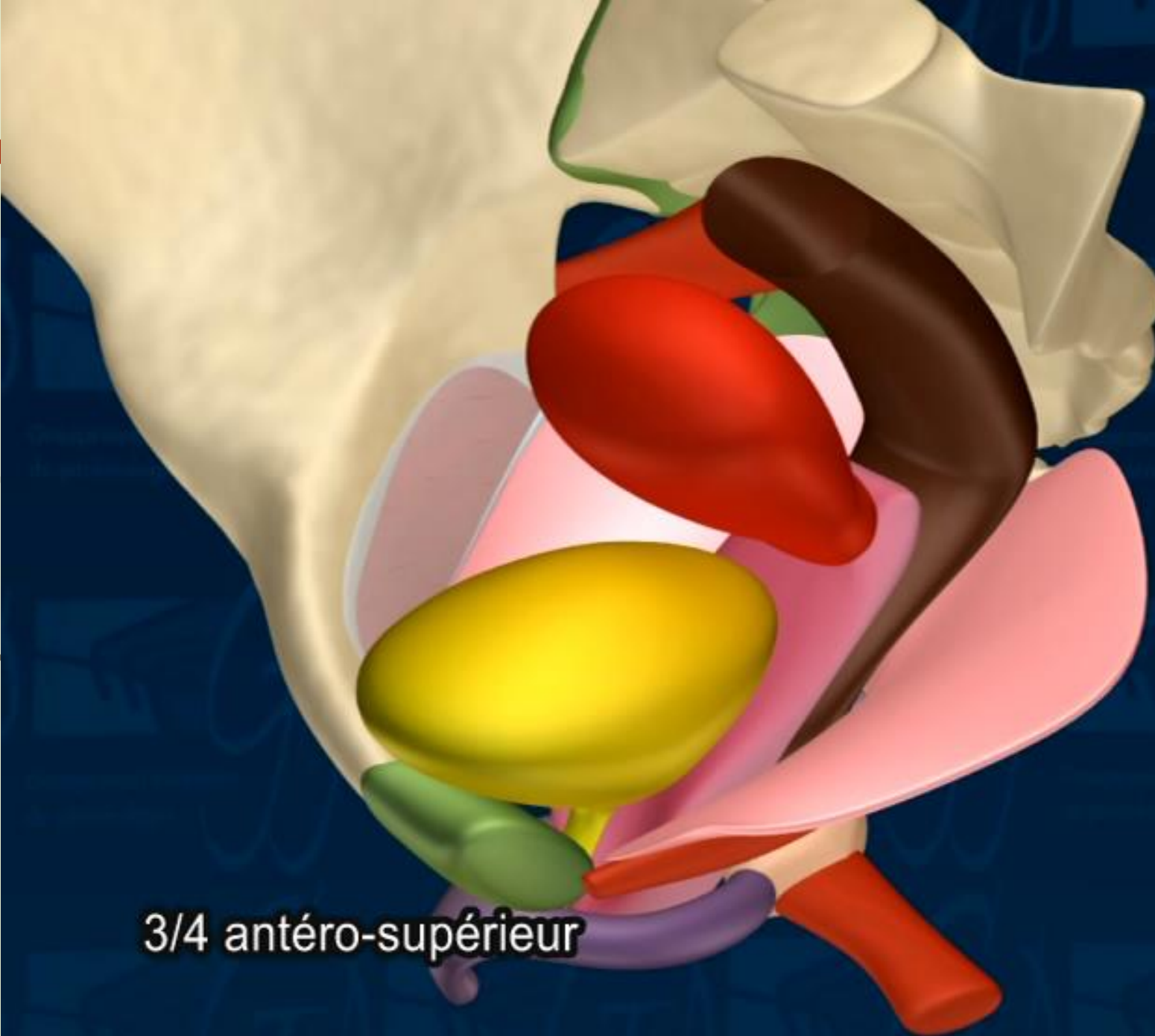


Anatomie et physiopathologie



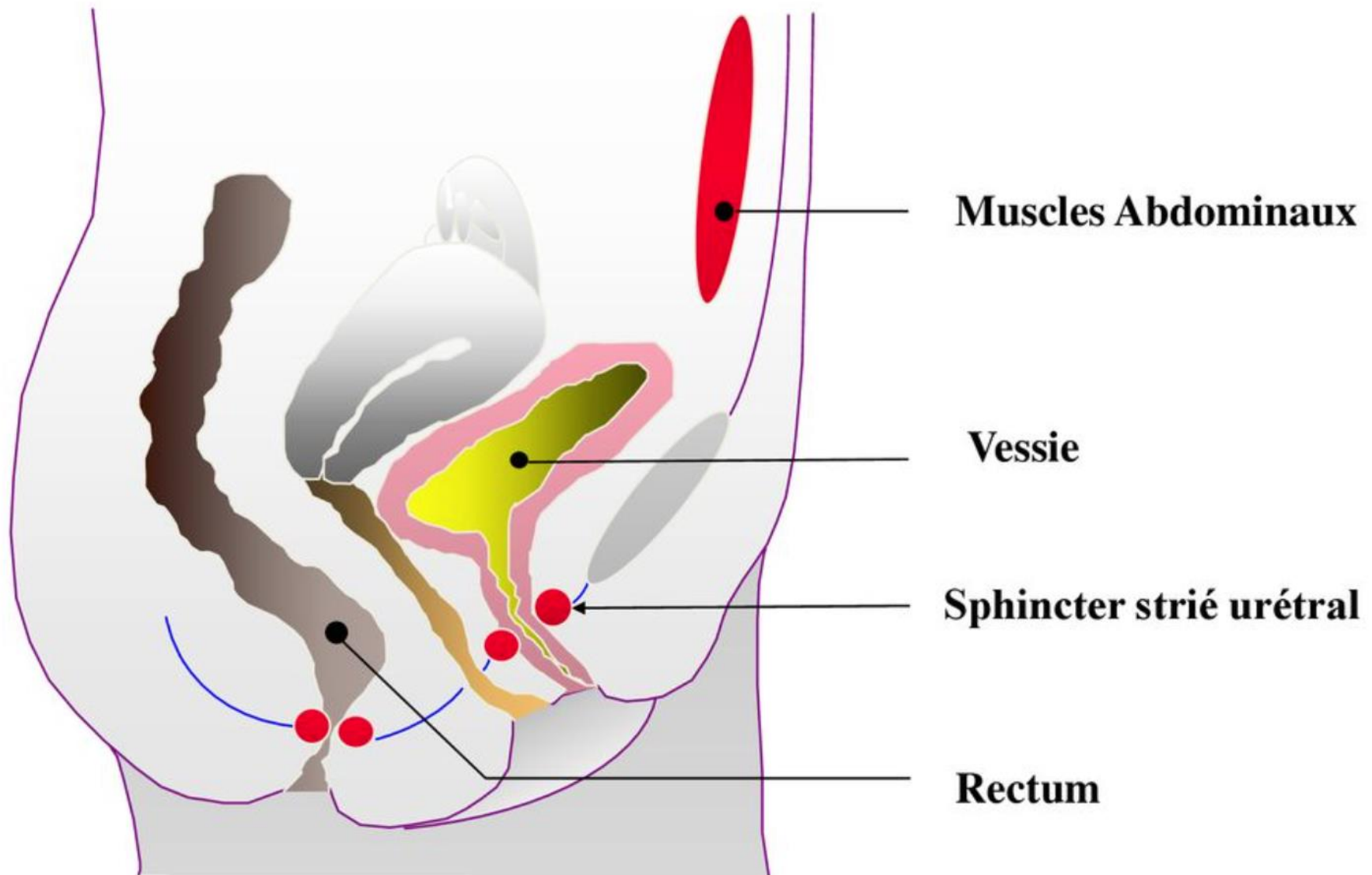
vue de profil



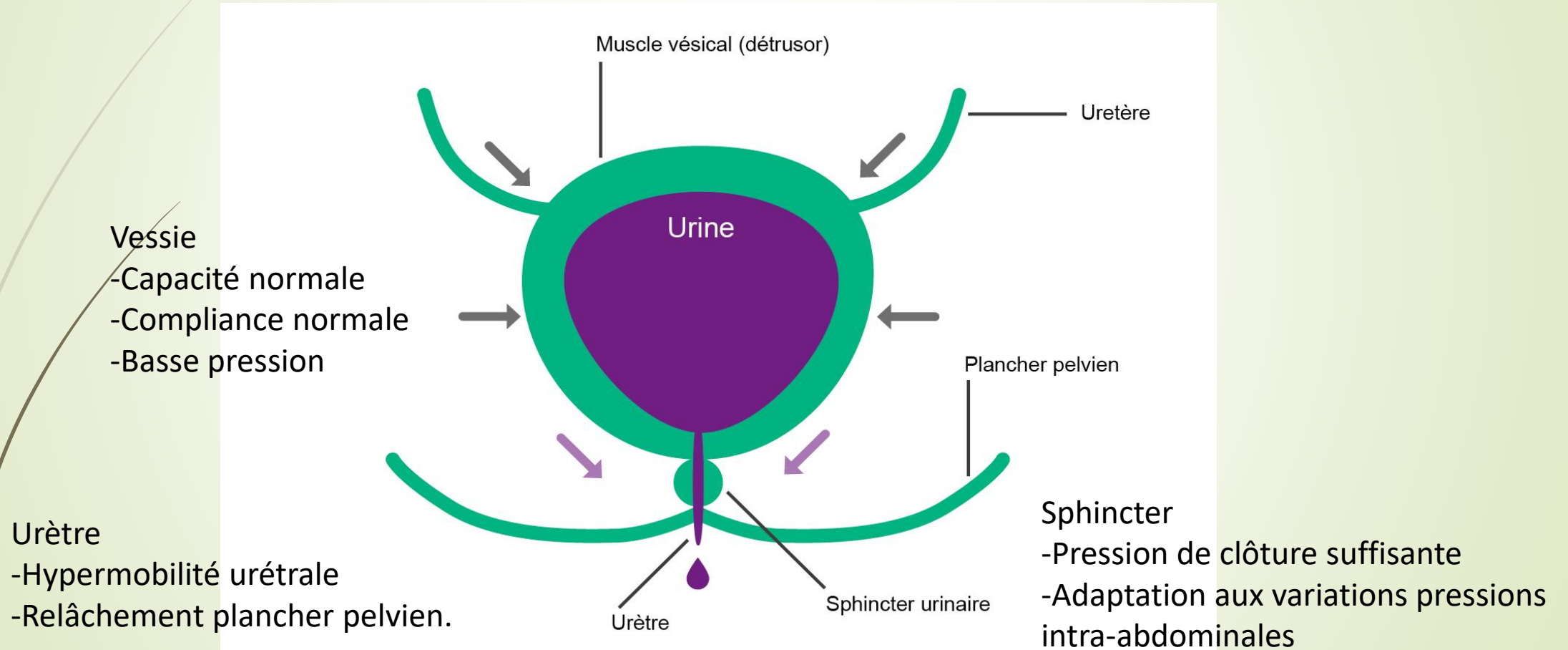


3/4 antéro-supérieur

ANATOMIE PELVIENNE



Physiopathologie





Physiopathologie

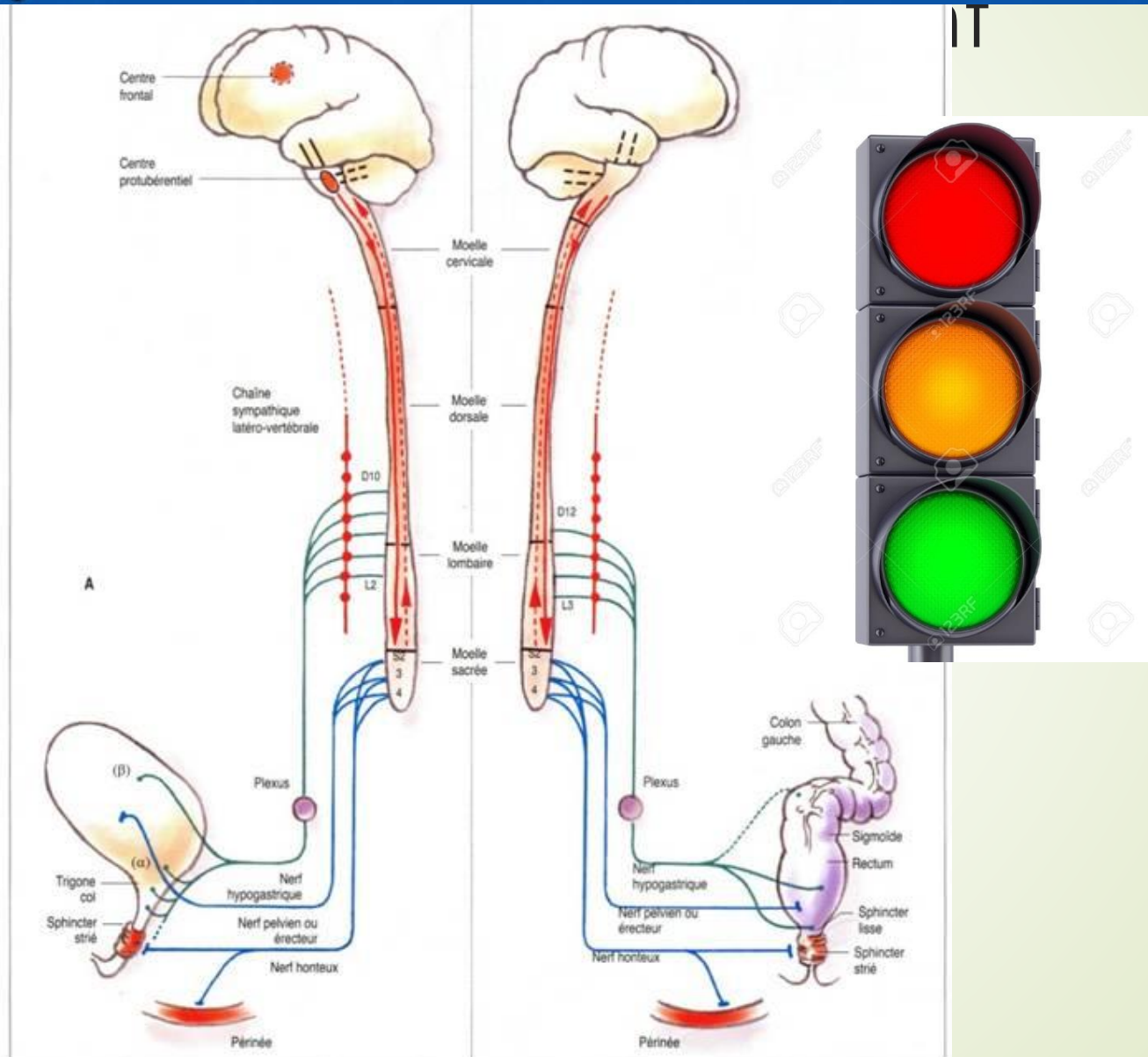
MECANISMES DE L'INCONTINENCE D'EFFORT

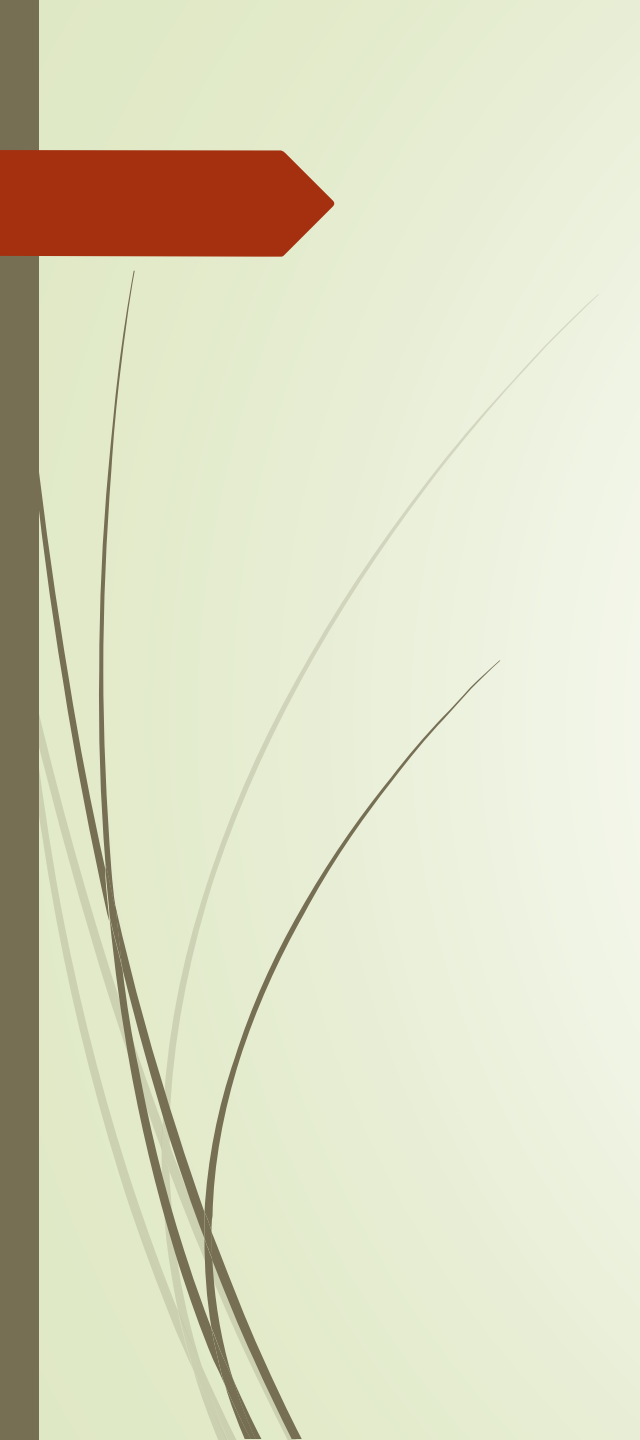
- **Hyper mobilité urétrale (90%):** résultant d'une perte de tonus des tissus de soutien de l'urètre proximal
 - Accouchement
 - Efforts répétés (toux chronique, constipation, sport...)
 - Constitutionnel
- **Insuffisance sphinctérienne (10%):** baisse ou disparition du tonus sphinctérien.

Mécanisme : contraction involontaire (non inhibée) du muscle vésical (détrusor)

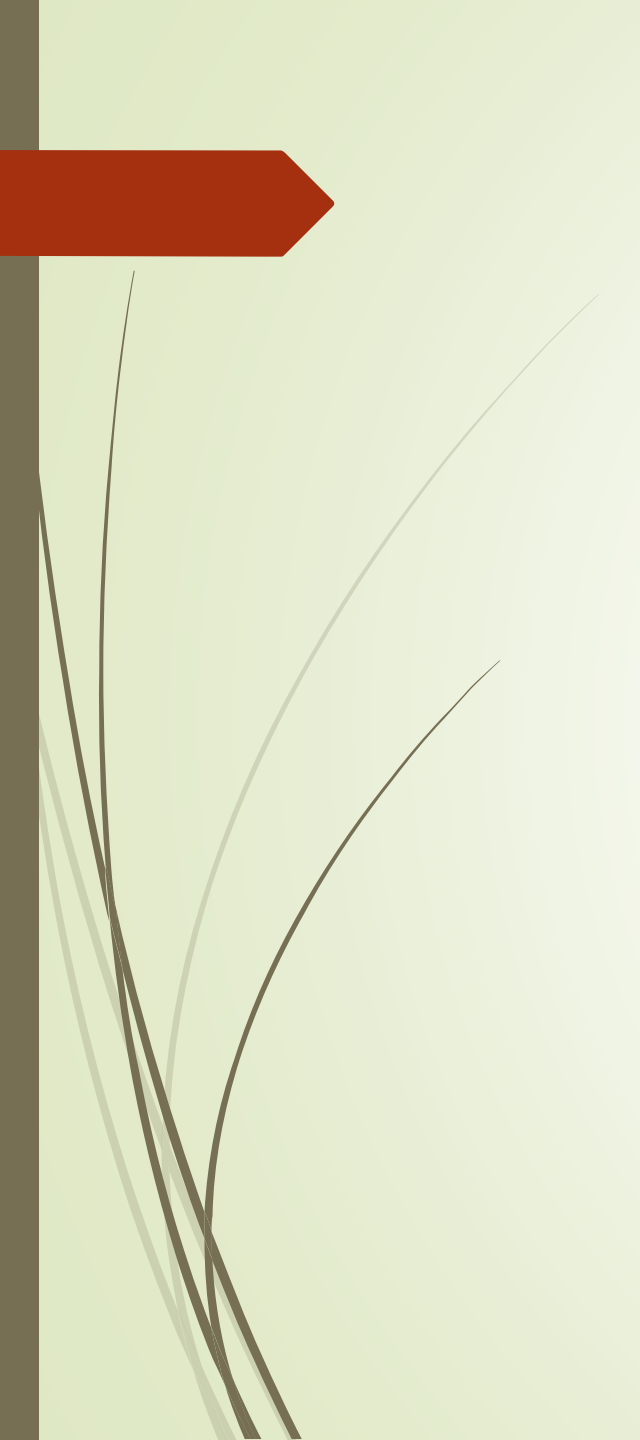
Pro

IT





Evaluation clinique



Interrogatoire

- ✓ *Le mécanisme.*
- ✓ *Les circonstances de survenue des fuites, leur sévérité, leur fréquence*
- ✓ *L'existence d'éventuels facteurs favorisant, l'existence d'éventuelles mesures prises pour éviter les fuites*
- ✓ *Les symptômes associés du bas appareil urinaire*
- ✓ *Questionnaires de qualité de vie :Impact émotionnel, sexualité, qualité de vie globale*



Signes cliniques

- *Fuites en jet*
- *Après un effort*
- *Eternuement> toux>marche>changement de position*
- *Habituellement pas de fuites nocturnes*
- *Facilité d'adaptation*

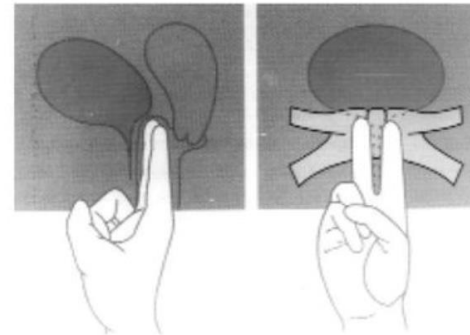
Examen physique

- *Trophicité vaginale*
- *Catalogue mictionnel+++ : nombre volume et horaire des mictions et des fuites urinaires.*
- *Test de pesée des protections urinaires sur 1 heure ou 24 heures (+si > 20g): Pad-test*
- *Une estimation du résidu post-mictionnel*
- *Réaliser un testing musculaire.*
- *Rechercher un trouble de la statique pelvienne.*

Examen physique

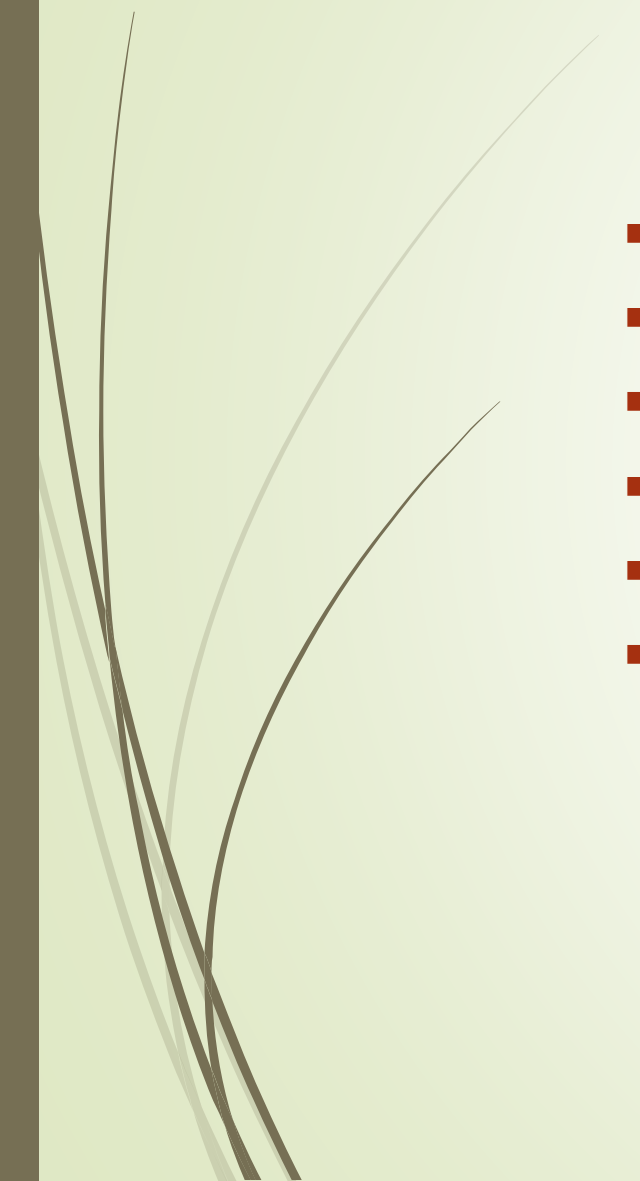
- ✓ Mise en évidence des fuites urinaires à l'effort.
- ✓ Correction des fuites par **la manœuvre de Bonney**.

- **Test de Bonney(+)**: défaut de soutien de l'urètre à l'origine de la fuite
- **Test de Bonney(-)**: insuffisance sphinctérienne





Examens complémentaires

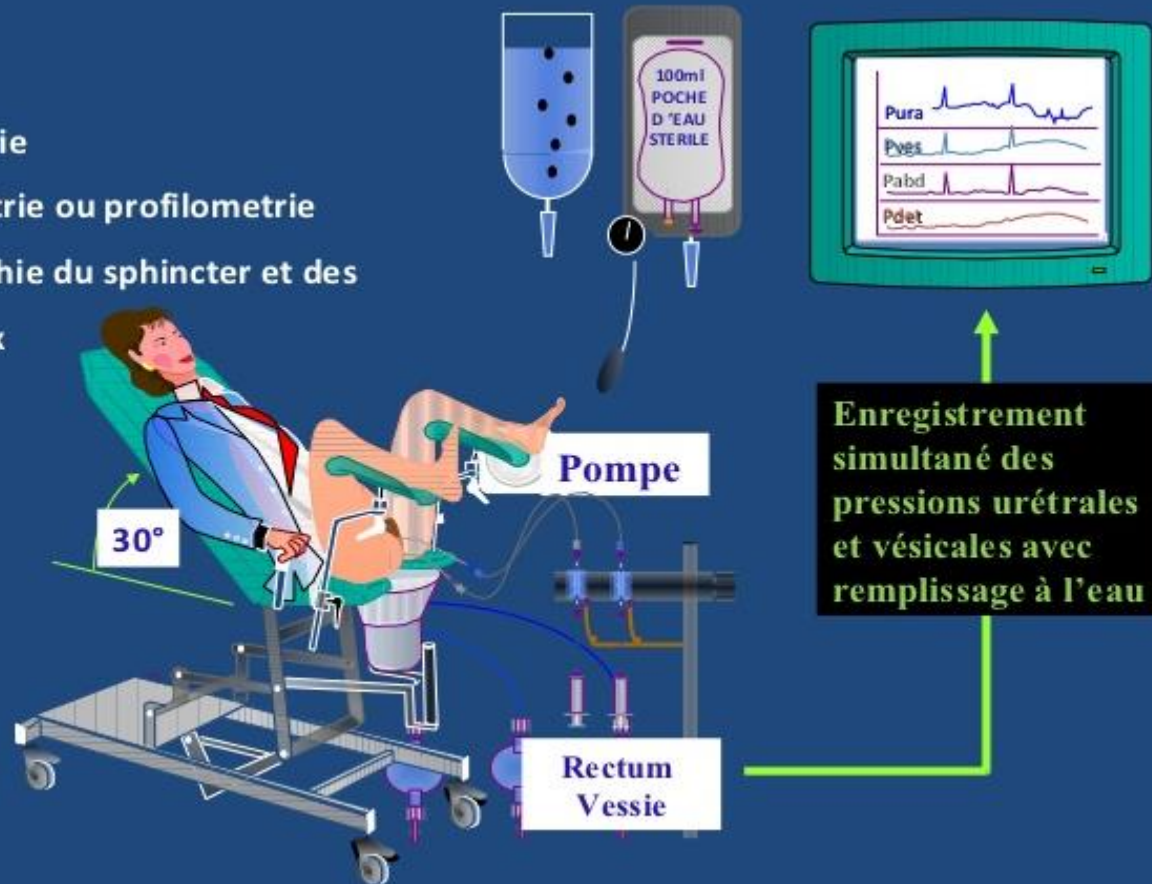
- ECBU
 - Echographie transpérinéale
 - Examen urodynamique, EMG
 - Cystoscopie
 - Evaluation neurophysiopérinéale
 - IRM , ...
- 

Bilan urodynamique

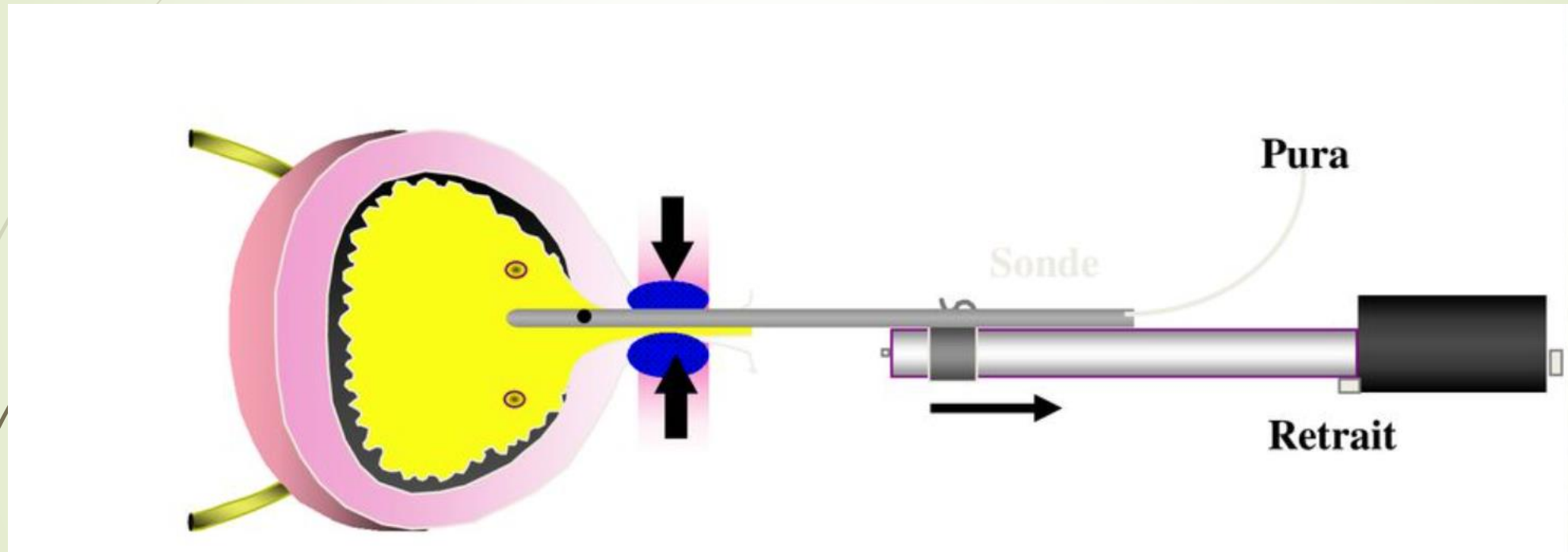


Bilan urodynamique

- ☐ Debimétrie
- ☐ Cystomanométrie
- ☐ Uretromanométrie ou profilométrie
- ☐ Electromyographie du sphincter et des muscles périméaux



Pressions de clôture urétrale



Conclusion de l'évaluation

- Incontinence urinaire d'effort
- Incontinence urinaire par regorgement
- Incontinence urinaire d'urgence
- Incontinence urinaire mixte



Traitements

Traitements conservateurs: incontinence urinaire d'effort

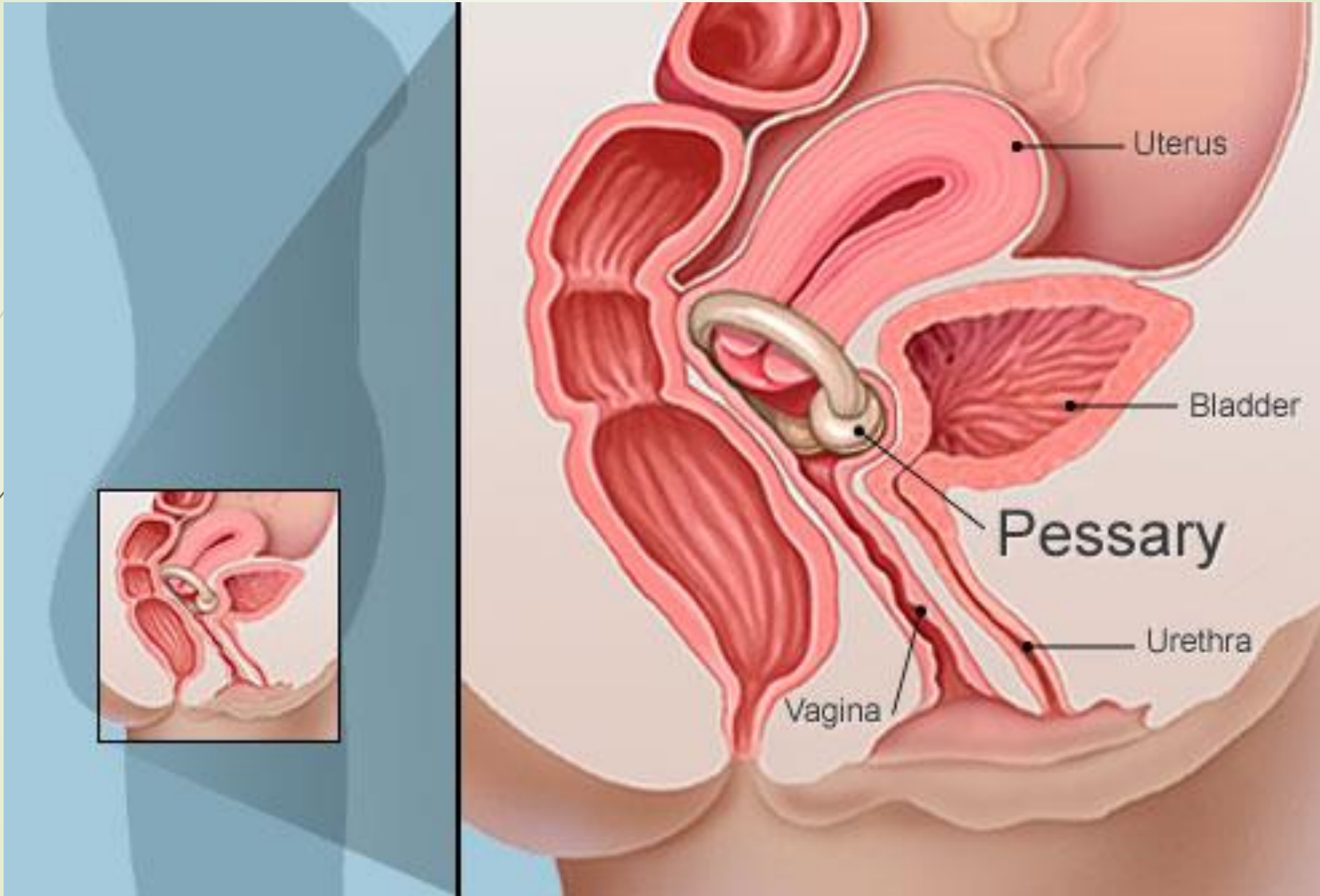
- Mesures hygiéno-diététiques
- Rééducation vésico-périnéale
- Pessaire
- Tampon anti-incontinence urinaire
- Protections anti-incontinence

A/Les règles hygiéno-diététiques

- La régulation des boissons (Diminution de la consommation de caféine ++).
- La réduction d'une surcharge pondérale,
- L'arrêt du tabagisme.

B/La rééducation fonctionnelle:

- Les exercices de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien
- **L'électrostimulation et le biofeedback** qui ont montré leur efficacité
 - Objectifs :
 - Renforcement de la sangle musculaire périnéale
 - Acquisition du réflexe de verrouillage périnéal à l'effort



Stress incontinence



- Différente taille selon largeur vaginale
- 1 tampon par jour soit coût +++ (+/-70 CHF pour 5 pièces)

Traitement conservateur: Incontinence urinaire par regorgement

Auto-sondage vésical

- Troubles de vidange vésicale (diabétiques, SEP, Parkinson, hypotonie vésicale primaire, neuropathies périphériques de causes diverses, ...)



Traitements conservateurs

Incontinence urinaire d'urgence

- Mesures hygiénodiététiques
- Protections anti-incontinence urinaire
- Rééducation vésicale
- Médicaments
- Neurostimulation

Traitements médicamenteux: Vessie hyperactive

- Anticholinergiques
- B3-mimétiques
- Toxine botulinique
- Œstrogènes locaux

- Injection intradétrusorien de la toxine botulinique A pour qui?
- Echec mesures hygiéno-diet, rééducation vésico-périnéale, b3-mimétiques, anticholinergiques et NSTP



- Botox A
- 100-300U
- Durée d'action:
6 à 9 mois

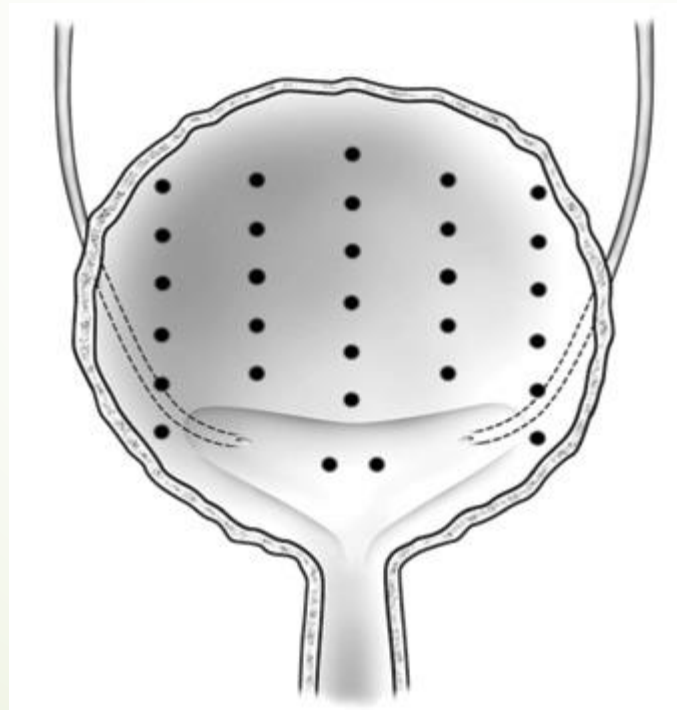
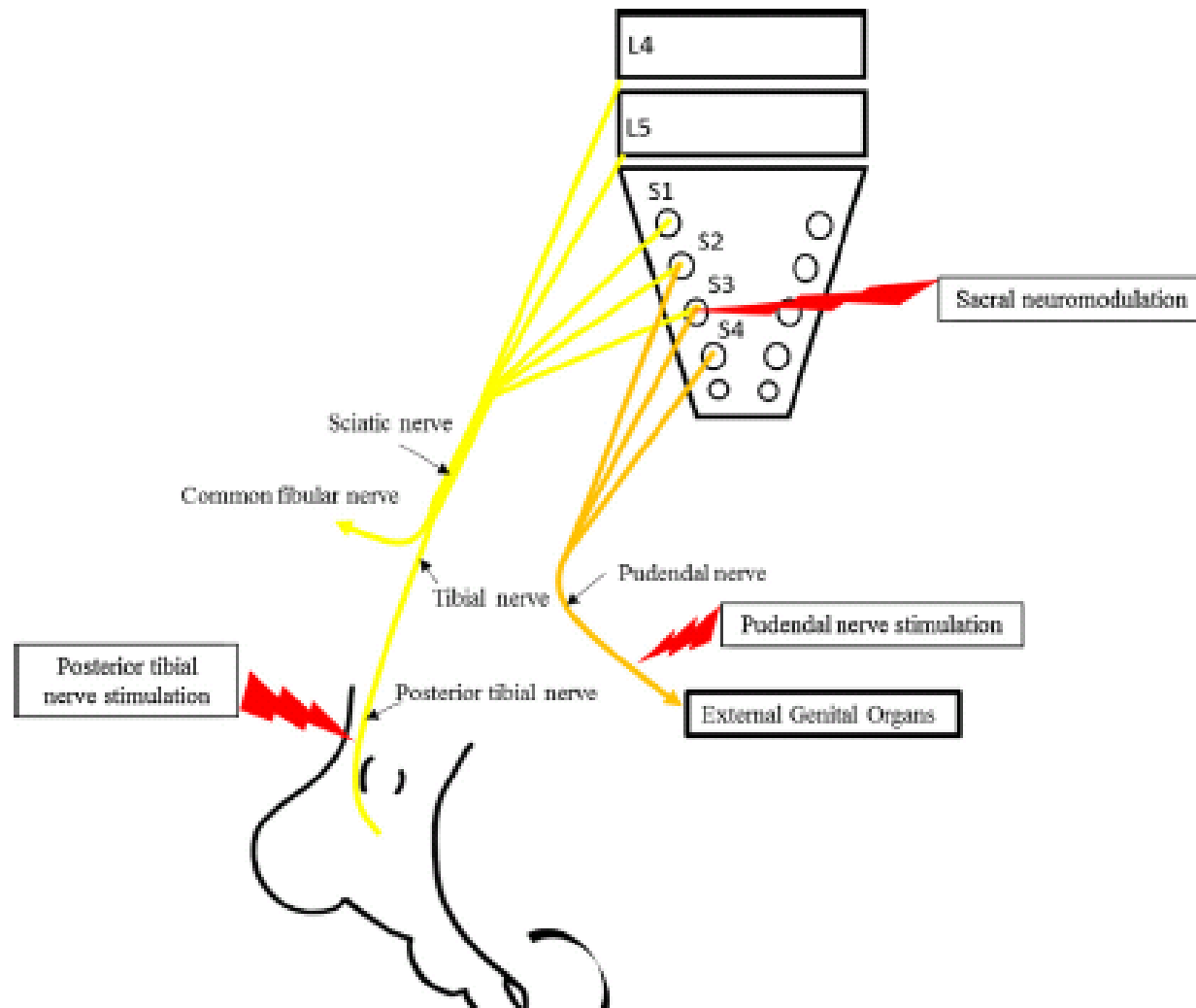


Figure 2 – University of Chicago botulinum toxin injection protocol
(Reprinted with permission from Elsevier Inc, Urology, Rapp DE et al., ref. 13).

Neurostimulation nerf tibial postérieur- NSTP



Stimulation nerf tibial postérieur

Transcutané par patch



percutané: pTNS

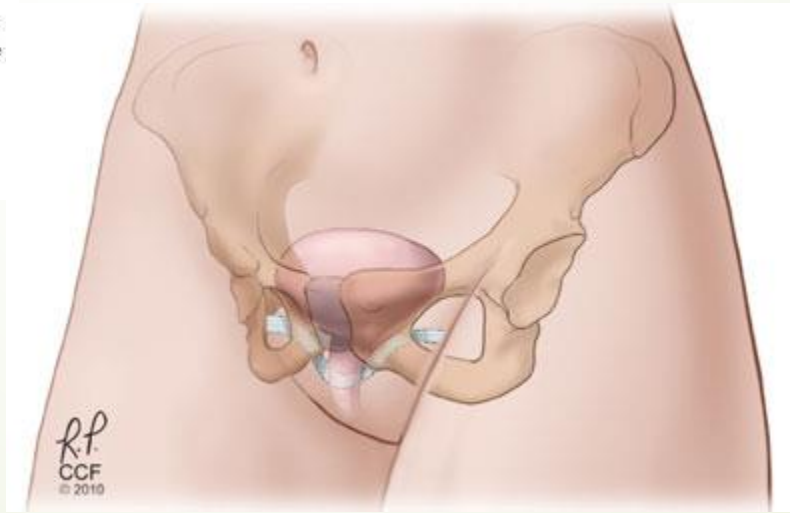
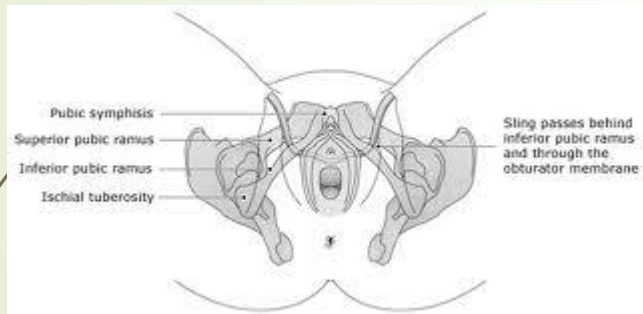




Traitements chirurgicaux

Incontinence urinaire d'effort

Bandelette sous urétrale transobturatrice: TVT-O



Incontinence urinaire d'effort

➡ Bandelette rétro-pubienne: TVT-retropubienne

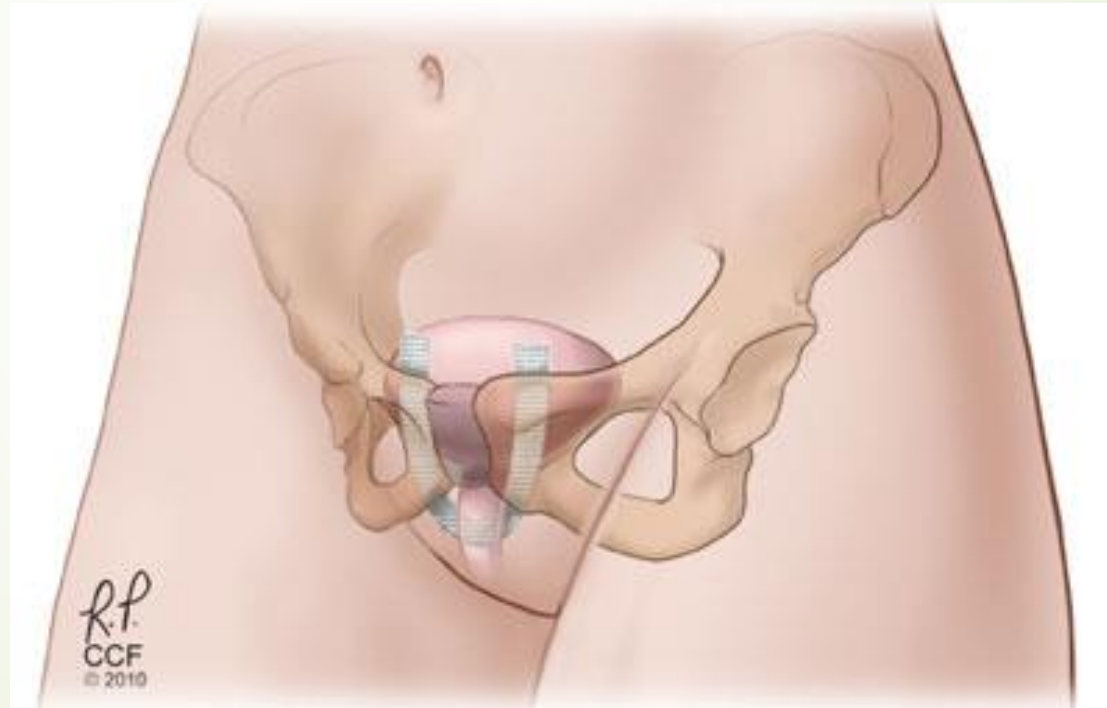
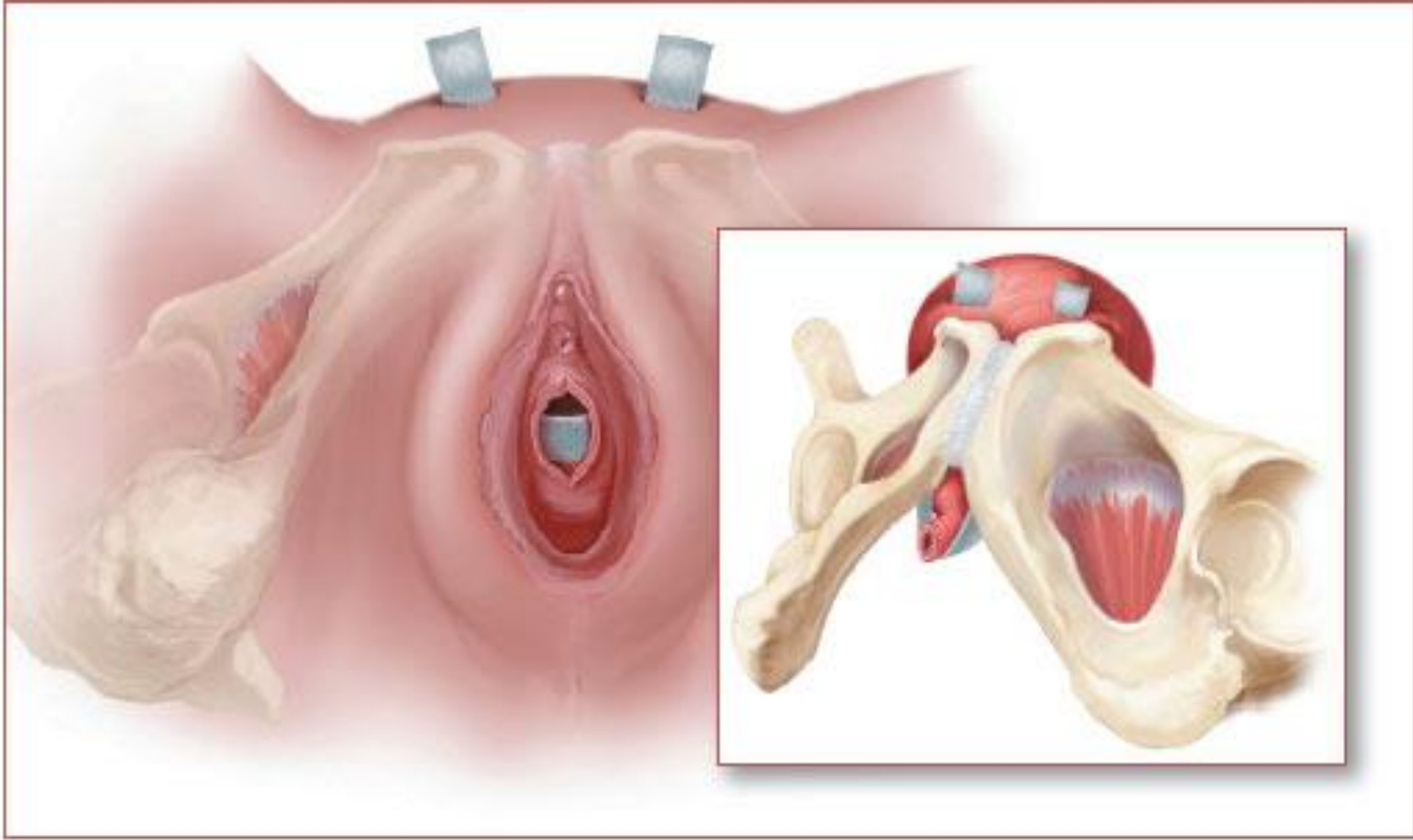
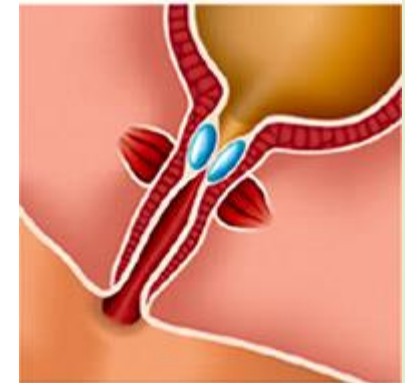
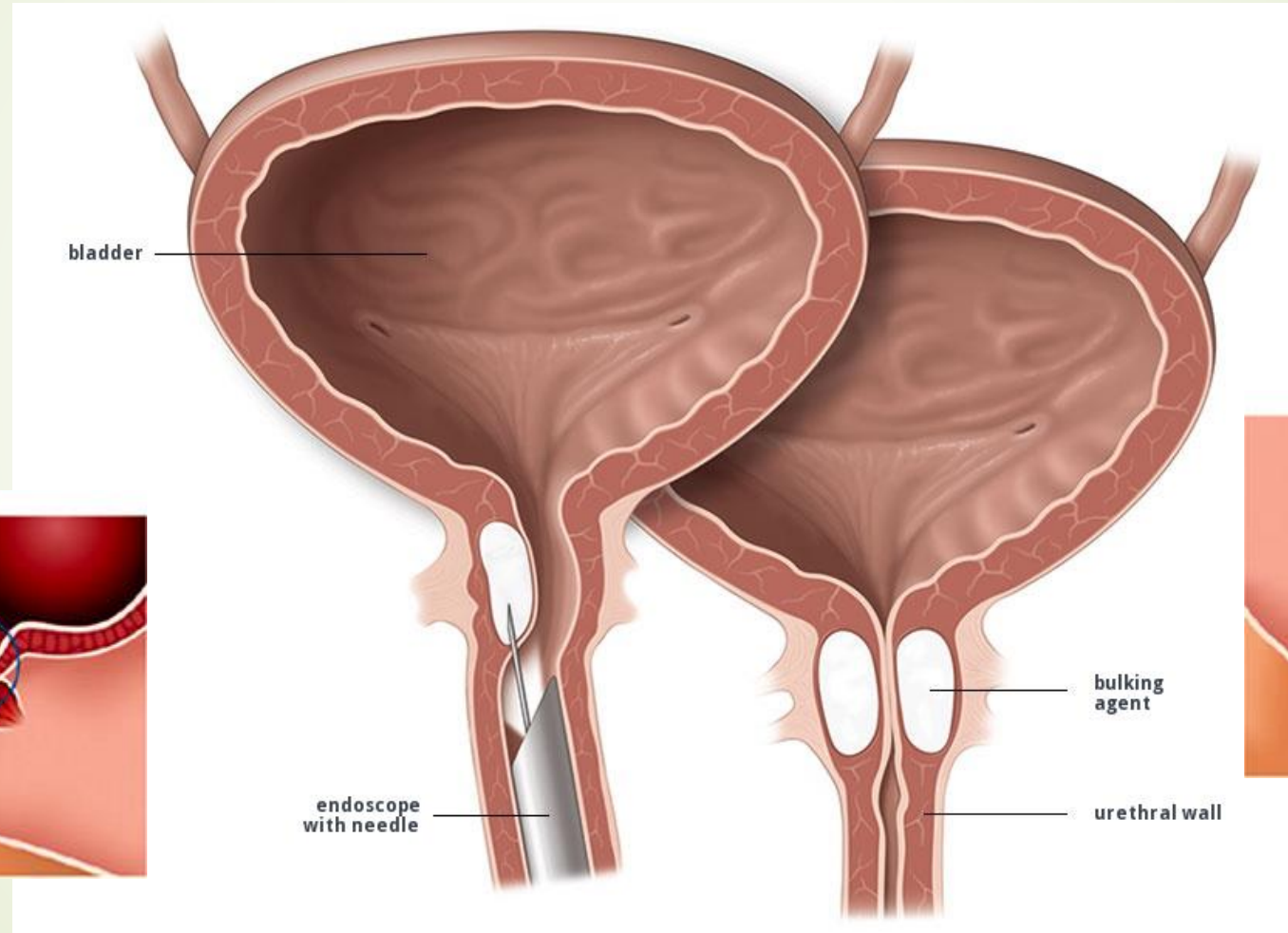


FIGURE 2 TVT: The insert shows the retropubic location with reference to the bony landmarks.

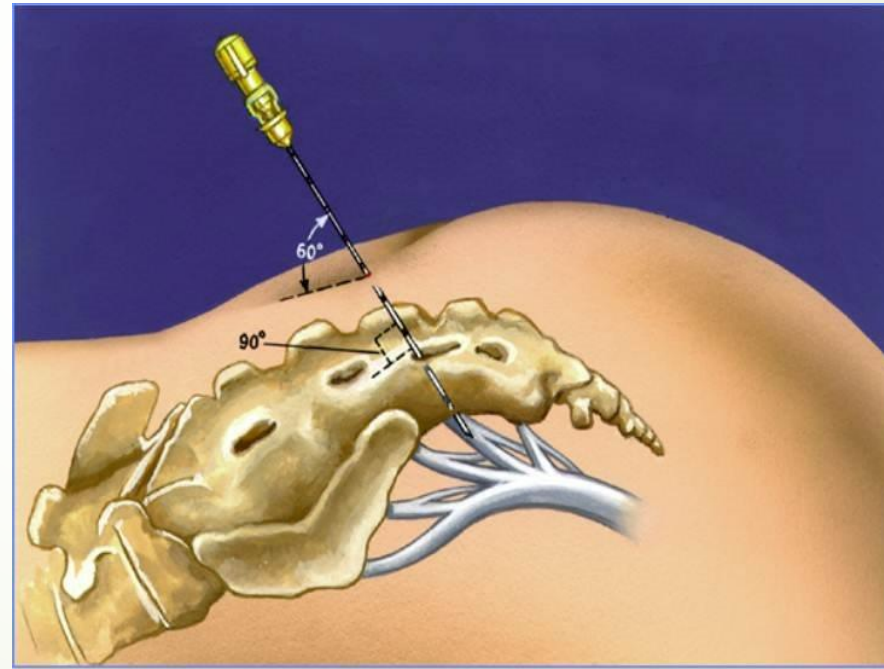
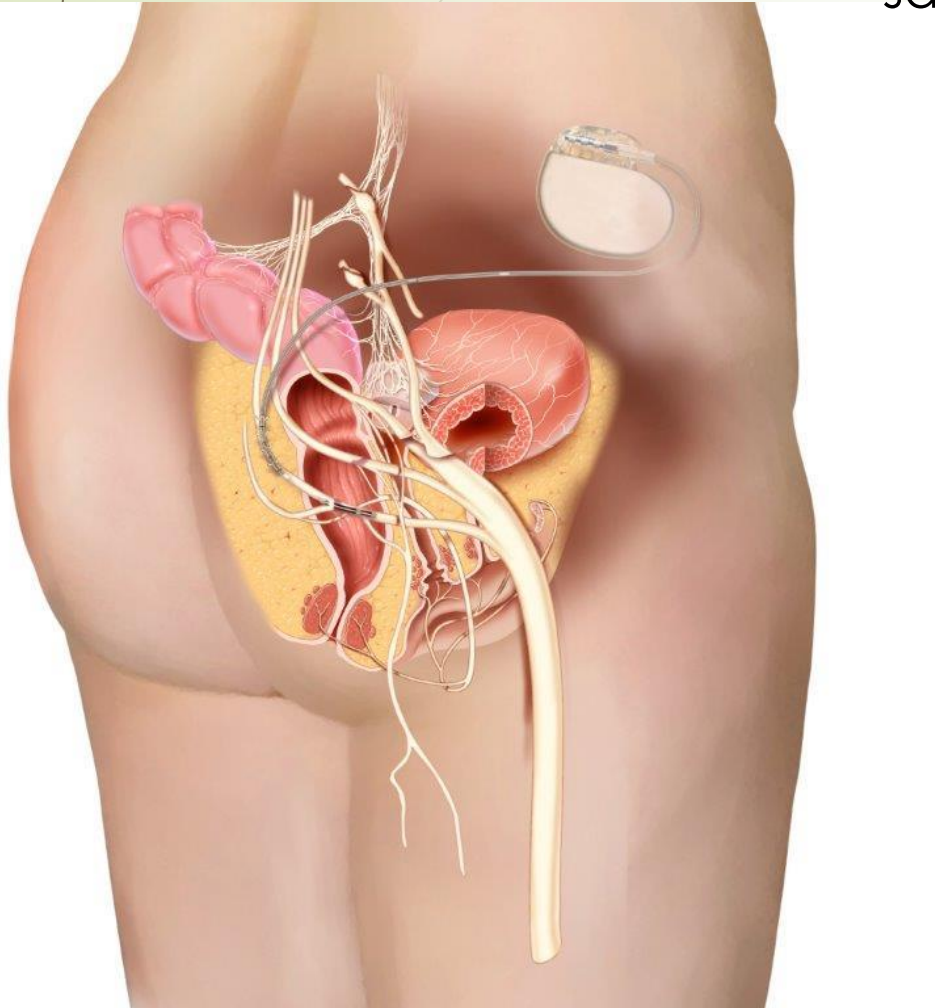


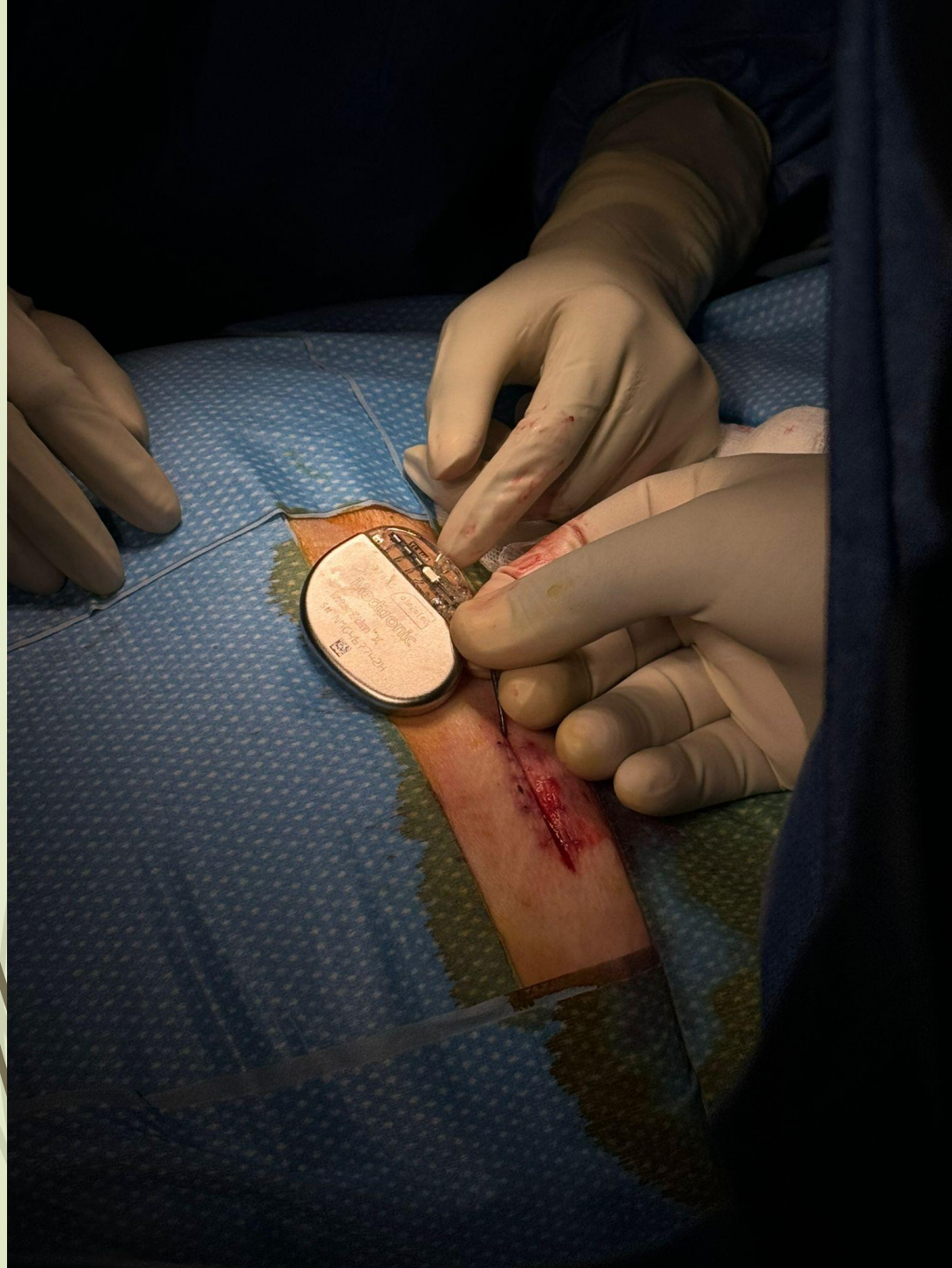
Injectons sous-urétrales d'agents comblant (DSI): Bulkamid



Incontinence urinaire d'urgence/Hypotonie

Neuromodulation
sacrée **vésicale**





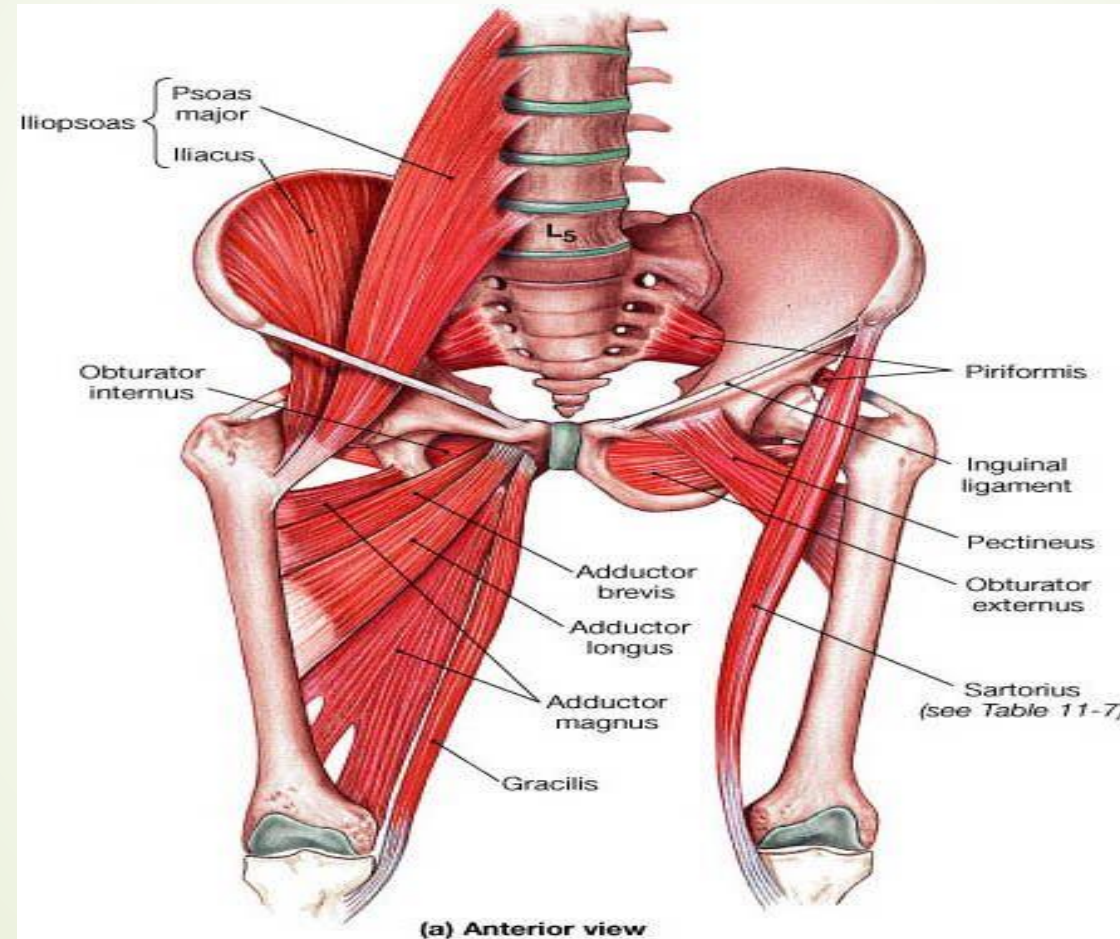
Rechargeable par induction
Longue durée de vie
Compatible avec IRM

Complications

➡ Bandelettes sous urétrale

- *Plaie de vessie : 5-7%, aucune conséquence*
- *Infection urinaire post opératoire : 5 à 10%*
- *Rétention post opératoire < 5%*
- *Douleurs prolongées < 2%*
- *Diminution de la force du jet : 5 à 20%*

Rapports musculaires/TVT-O



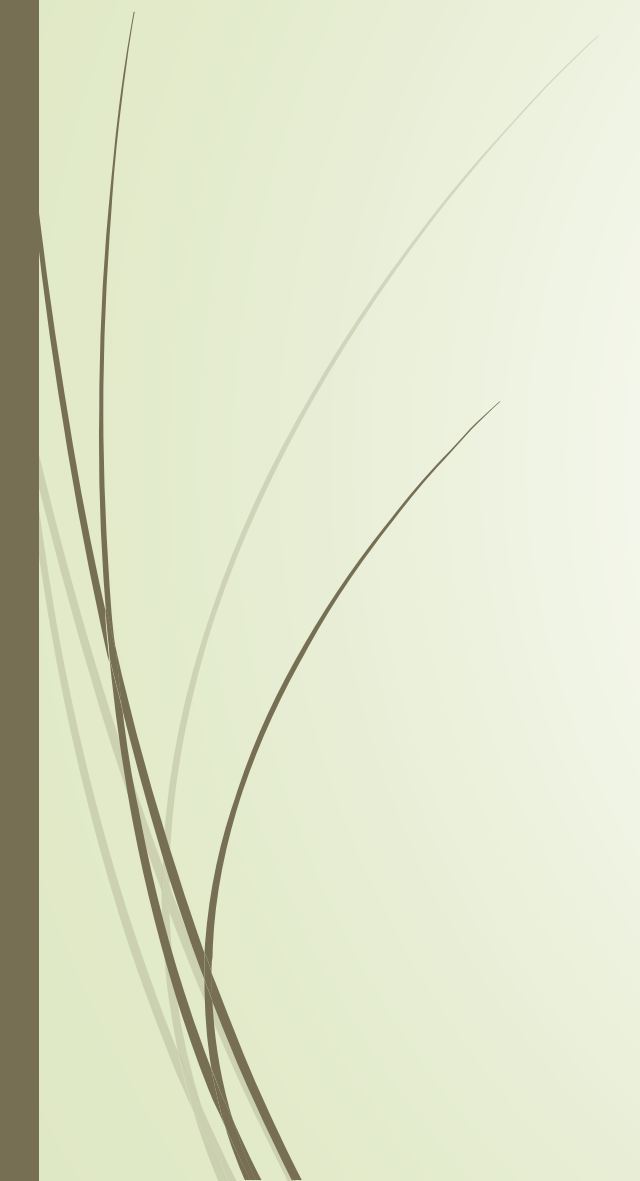
Conclusion

- ➡ Bien que l'incontinence urinaire puisse survenir à n'importe quel âge de la vie (les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes), la fréquence de l'IU augmente avec l'âge
- ➡ Evaluation spécialisée nécessaire pour un diagnostic précis
- ➡ Plusieurs types d'IU + traitement spécifique pour chaque type
- ➡ Efficacité des traitements actuels: 70-80%



Take home message

- Pathologie dont la fréquence est sous-estimée :tabou, sentiment de honte, manque d'infos, peur de la chirurgie....
- Impact important sur la qualité de vie
- La recherche de l'incontinence urinaire devrait faire partie de l'anamnèse systématique des patientes de tous les âges.
- Traitement toujours discuté et adapté à chaque patiente



Merci pour votre attention