

L'incontinence urinaire de la femme

Dr Mehdi Jaidane

I- Introduction - Définition :

L'incontinence urinaire est à la fois un symptôme dont se plaint la patiente, un signe clinique et une pathologie.

L'incontinence urinaire est définie par « la perte involontaire d'urines par l'urèthre ».

Devant la fréquence de cette pathologie chez la femme cette définition classique tend de plus en plus à être remplacée par une nouvelle définition : « perte involontaire d'urines par l'urèthre dont se plaint la patiente ». Cette nouvelle définition prend en compte ainsi le retentissement social et sur la qualité de vie de cette pathologie. C'est une pathologie multifactorielle et complexe.

II- Epidémiologie :

L'incontinence urinaire de la femme est une pathologie très fréquente. La prévalence de cette pathologie est d'environ 25 à 30 % (figure 1). Si 3 femmes sur 10 en souffrent, moins de 50 % consultent. La prévalence augmente avec l'âge (figure 2).

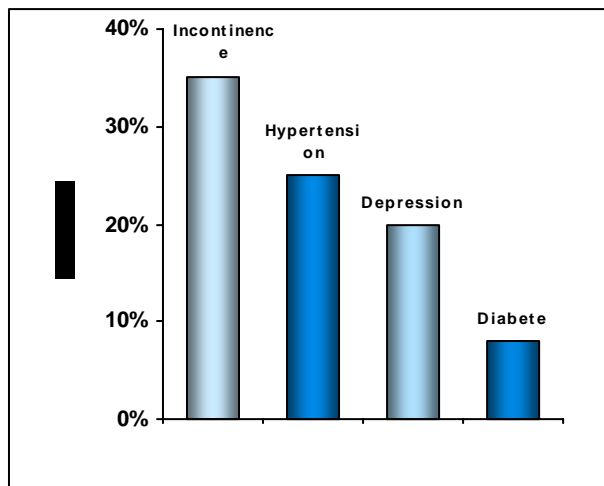


Figure 1 : Prévalence comparée de l'IUE

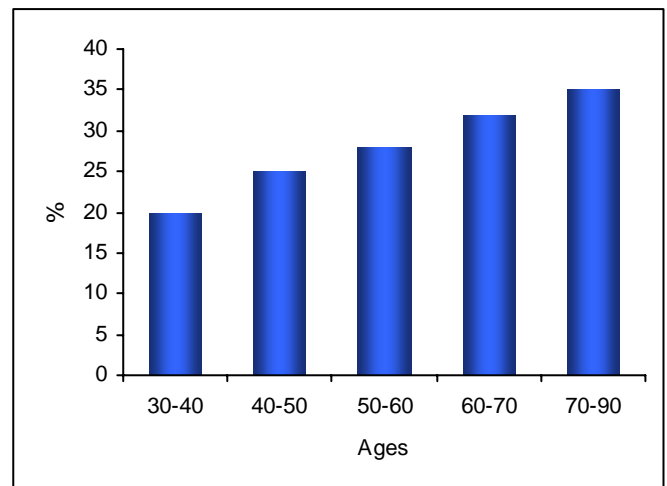


Figure 2 : Prévalence de l'IUE en fonction de l'âge

Il existe différents facteurs de risque de l'incontinence urinaire de la femme. On distingue :

- Les facteurs constitutionnels : La prévalence de l'incontinence urinaire est plus faible chez les femmes noires et asiatiques. Il existe également une prédisposition héréditaire.
- Les carences hormonales, la ménopause et le vieillissement sont également des facteurs de risque.
- Les maternités et surtout la première grossesse et le premier accouchement qui sont déterminants. Certaines pratiques obstétricales favorisent l'incontinence : efforts expulsifs à dilatation incomplète, expression abdominale, épisiotomie trop tardive.
- Les troubles de la défécation et surtout la constipation terminale.
- Une pratique sportive intempestive, la répétition d'exercices musculaires intenses et mal conduits, notamment abdominaux (qui peuvent fragiliser le périnée).
- La chirurgie pelvienne

Tous ces facteurs entraînent des lésions du plancher périnéal et des troubles de la statique pelvienne et augmentent le risque d'incontinence.

III- Classification :

On distingue trois types d'incontinence urinaire de la femme :

- **L'incontinence urinaire d'effort** : La fuite survient lors de conditions d'hyperpression abdominale : toux, rire, éternuement, marche, montée d'escalier. Elle représente environ 50 % des incontinenances.

- **L'incontinence urinaire par impériosité mictionnelle** :

Il s'agit d'une miction impérieuse due à une contraction du détrusor non inhibée.

La fuite urinaire est précédée d'un besoin non répressible d'uriner. La femme assiste alors, impuissante, à une miction le plus souvent complète. Il existe parfois, mais pas toujours des facteurs déclenchants (contact avec l'eau froide, peur, colère..). Elle est plus rare et représente environ 20 % des incontinenances.

- **L'incontinence urinaire mixte** : où les deux types précédents sont associés. Ce type représente 30 % des incontinenances.

IV- Physiopathologie de l'incontinence urinaire de la femme :

1) Physiopathologie de l'incontinence urinaire d'effort :

Pendant longtemps, la théorie proposée pour expliquer l'incontinence urinaire d'effort fut la théorie de l'enceinte manométrique d'Enhorning (figure 3).

Cette théorie repose sur le fait qu'à l'état normal, vessie et partie initiale de l'urèthre sont situées dans la même enceinte abdominale et toute augmentation de pression abdominale leur est intégralement transmise. Lorsque la base vésicale sort de l'enceinte à la faveur d'un prolapsus, il existe un défaut de transmission des pressions abdominales qui ne s'applique plus sur l'urèthre. La somme des pressions vésicale et abdominale entraîne alors des fuites. De récents travaux expérimentaux ont prouvé l'absence de validité de cette théorie. Cette théorie est donc actuellement abandonnée.

La théorie actuellement proposée en remplacement pour expliquer l'incontinence urinaire d'effort est la théorie du hamac de De Lancey (figure 4). Selon cette théorie, à l'état normal, les moyens de fixité du col vésical (surtout formés par le fascia pelvien) forment un véritable hamac musculo-conjonctif sous-urétral qui soutient et stabilise l'ensemble col vésical-urèthre lors des efforts. L'atteinte de ce hamac entraîne une hyper mobilité de l'urèthre à l'effort avec des fuites urinaires.

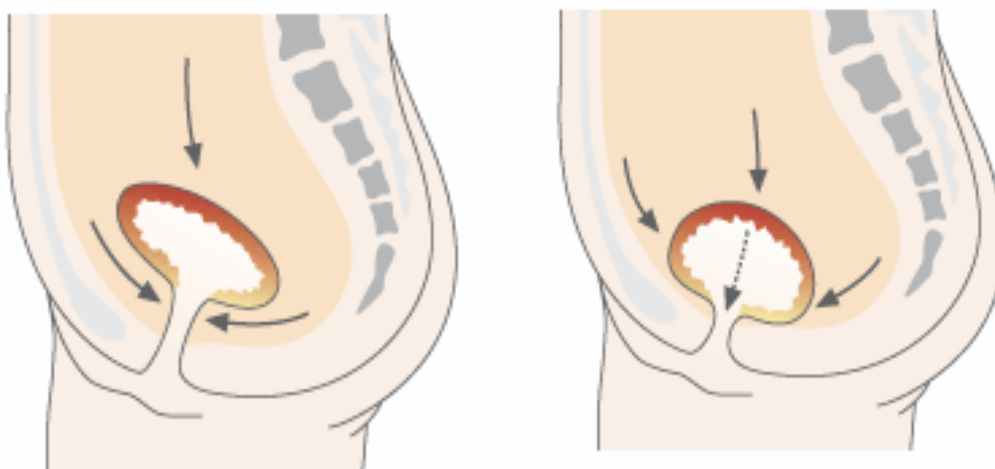


Figure 3 : Théorie de l'enceinte manométrique : à gauche : état normal, à droite : en cas d'IUE

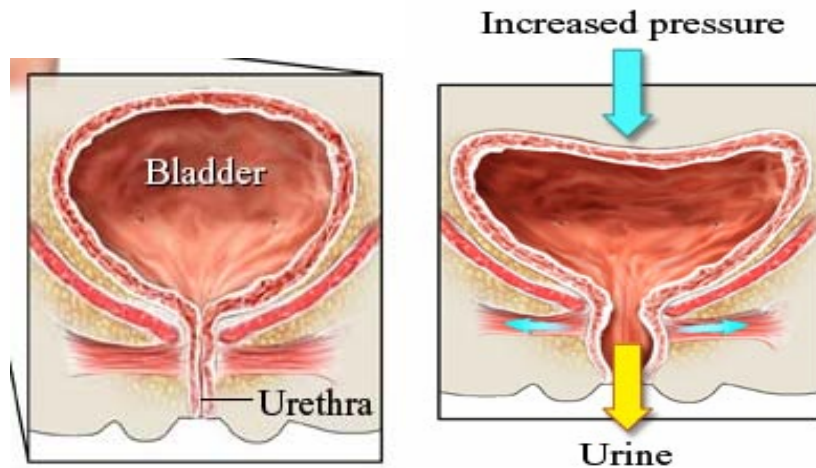


Figure 4 : Théorie du hamac : le hamac sous-vésical est altéré et il y'a une hypermobilité uréthrale avec des fuites

Enfin l'incontinence urinaire d'effort est parfois due à une insuffisance sphinctérienne. La pression sphinctérienne est suffisante pour empêcher les fuites au repos mais pas à l'effort. Cette insuffisance sphinctérienne peut être due à l'âge et/ou à une atteinte neurogène (traumatismes obstétricaux, chirurgicaux, prolapsus avec neuropathies d'étirement..).

2) Physiopathologie de l'incontinence urinaire par impériosités :

Les mictions impérieuses sont en rapport avec des contractions involontaires du détrusor non inhibées.

Rarement, ces contractions involontaires sont en rapport avec une hyperactivité vésicale d'origine neurologique.

Le plus souvent il existe une instabilité vésicale dite « idiopathique » sans aucune lésion neurologique décelable.

De multiples hypothèses sont invoquées afin d'expliquer la genèse de cette instabilité vésicale mais il n'existe à l'heure actuelle aucune certitude.

V- Examen clinique :

1) Interrogatoire :

Fondamental mais parfois difficile, les signes étant parfois mal décrits. Il recherchera notamment les éléments suivants :

- Le type de la fuite : incontinence urinaire d'effort, mixte, par impériosités
- L'importance de la fuite et son évolutivité dans le temps
- Le retentissement social et psychologique de l'incontinence
- Les symptômes urologiques associés, surtout la pollakiurie et d'éventuelles brûlures mictionnelles
- L'existence de troubles de la statique associés (prolapsus)
- L'existence de troubles associés de la défécation (constipation) ou de la continence anale
- L'existence de troubles sexuels ou gynécologiques
- Les antécédents médico-chirurgicaux

2) L'examen clinique :

Il est à la fois général et urogynécologique. Il s'effectue sur table gynécologique ;

Il comporte plusieurs temps et chaque temps est fait au repos, en poussée abdominale, lors de la toux et lors des efforts de retenue.

Les différents temps sont les suivants :

a) Objectiver la fuite :

C'est un temps fondamental. Après remplissage de la vessie, on fait apparaître la fuite en demandant à la femme de tousser de manière répétitive. L'existence d'un prolapsus peut empêcher la fuite et la réintégration du prolapsus peut permettre de démasquer cette fuite.

Plusieurs manœuvres ont été décrites afin d'étudier l'effet du repositionnement du col vésical dans l'enceinte abdominale. La plus connue est la manœuvre de Bonney qui consiste à refouler vers le haut le cul-de-sac vaginal antérieur sans comprimer l'urètre au moyen de deux doigts (figure 5). La manœuvre de Bonney est dite positive lorsque les fuites à l'effort disparaissent après repositionnement du col vésical. Sa positivité est un élément prédictif de l'efficacité de la chirurgie.

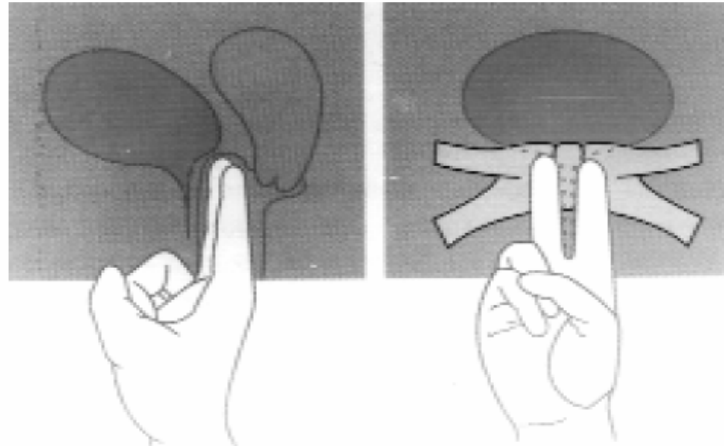


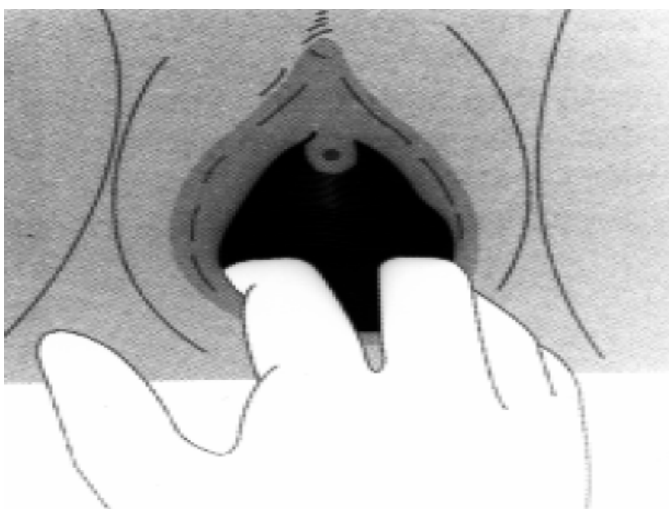
Figure 5 : Manœuvre de Bonney

b) Examen au spéculum :

Permet d'identifier d'éventuels éléments prolapsés et de faire un examen gynécologique standard. Il permet surtout de révéler une incontinence masquée par un prolapsus en refoulant celui-ci avec la valve du spéculum.

c) Les touchers pelviens :

Le toucher vaginal permet d'apprécier la sensibilité de l'urèthre, l'état du vagin, de l'utérus et des annexes et la qualité des releveurs. Il permet d'effectuer un testing musculaire en quantifiant la contraction musculaire (figure 6).



| Score | Sensation clinique |
|-------|--|
| 0 | Aucune contraction |
| 1 | Ebauche de contraction musculaire |
| 2 | Contraction faible |
| 3 | Contraction moyenne, capable de soulever les doigts de l'examineur mais sans résistance possible |
| 4 | Contraction forte, capable de soulever les doigts de l'examineur et de résister à une légère résistance |
| 5 | Très forte contraction capable de soulever les doigts de l'examineur et de résister à une forte résistance |

Figure 6 : Testing musculaire au cours du toucher vaginal

Le toucher rectal permet d'évaluer le sphincter anal et une éventuelle rectocèle

d) Examen neurologique du périnée :

Il comporte notamment :

- Une étude de la sensibilité du périnée (dermatomes S2-S3)
- L'étude des réflexes bulbo-caverneux, anal et à la toux

VI- Les examens complémentaires :

1) L'étude urodynamique :

Elle n'est pas systématique en matière d'incontinence urinaire de la femme. Elle est indiquée dans les situations suivantes :

- lorsque le diagnostic du type d'incontinence est incertain
- en cas d'inefficacité du traitement
- lorsqu'une pathologie associée est suspectée (surtout une atteinte neurologique)

Cette étude urodynamique comportera surtout une cystomanométrie et une urétromanométrie (étude des pressions uréthrales) (figure 7).

La cystomanométrie permet de mesurer la capacité vésicale, d'étudier la compliance vésicale et de rechercher des contractions non inhibées.

L'urétromanométrie permet surtout de rechercher une insuffisance sphinctérienne.

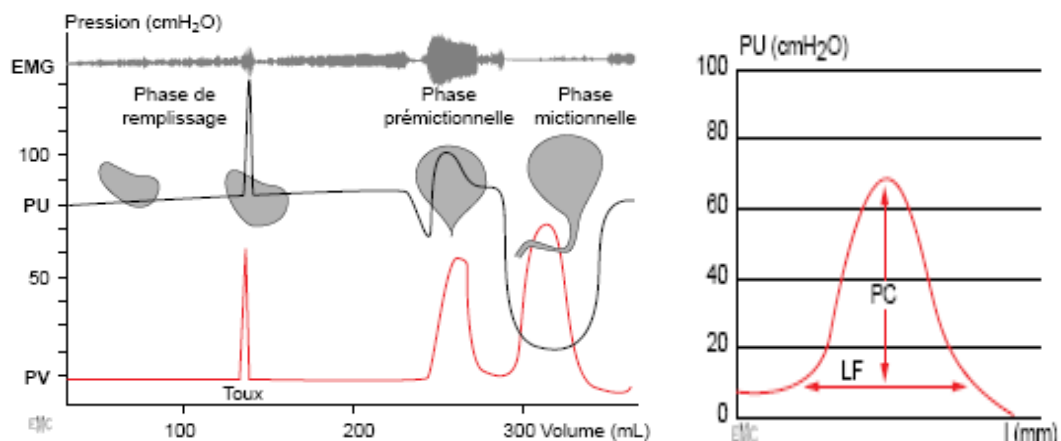


Figure 7 : A gauche : cystomanométrie normale. A droite : urétromanométrie normale.

2) La cystoscopie :

Est indiqué uniquement en cas de doute sur une autre pathologie pour faire le diagnostic différentiel.

3) L'uréthrocystographie rétrograde et mictionnelle :

Elle était très utilisée il y a quelques années. Elle permet d'étudier une éventuelle cystocèle et de faire différentes mesures objectives notamment la mesure de l'angle uréthro-vésical. Elle est peu réalisée actuellement.

4) L'échographie :

Est surtout utile dans le cadre du diagnostic différentiel.

VII- Traitement :**1) La rééducation périnéo-sphinctérienne :**

C'est le traitement de première intention. Il est efficace dans 30 à 40 % des cas. De plus, même en cas d'échec avec persistance des fuites, cette rééducation améliore les résultats d'une chirurgie ultérieure.

Les exercices du plancher pelvien permettent de renforcer les muscles périméaux. Il existe différents exercices.

En cas d'incontinence urinaire d'effort, la rééducation est basée sur les techniques de « biofeedback ».

Le biofeedback est une technique de rééducation active. Une sonde est introduite dans le vagin et est reliée à un appareil qui affiche sur un écran l'intensité de la contraction volontaire des releveurs. La patiente en visualisant ses contractions sur l'écran tente de mieux les contrôler et de les améliorer.

L'électrostimulation est une autre technique qui consiste à stimuler électriquement les muscles périméaux au moyen d'une sonde vaginale. Elle permet de renforcer ces muscles.

En cas d'incontinence par impériosités, la rééducation peut également avoir recours à l'électrostimulation qui a aussi un effet inhibiteur sur le détrusor.

Les traitements comportementaux sont utiles. Ils reposent sur un changement des habitudes de miction et de boisson des patientes. Ces habitudes sont recueillies et suivies grâce à l'établissement d'un calendrier mictionnel.

2) Le traitement médical :

Il est indiqué surtout en cas d'incontinence par impériosité. Il repose sur les anticholinergiques : oxybutynine, toltérodine.

3) Le traitement chirurgical :

Il est indiqué en cas d'échec de la rééducation.

a) Traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort :

Il existe différentes techniques chirurgicales. Nous n'allons que citer les plus utilisées.

- Les bandelettes sous-urétrales synthétiques : techniques d'introduction récente, il s'agit d'une chirurgie mini-invasive dont le principe est de corriger l'hypermobilité urétrale en soutenant l'urètre proximal par une bandelette introduite au moyen d'aiguilles. Les bandelettes sont passées latéralement par rapport à la vessie (TVT®) ou dans les cadres obturateurs (TOT®, TVTO®) (figure 8 et 9).

- La colposuspension : la technique de référence est la technique de Burch qui consiste à suspendre la paroi vaginale antérieure aux ligaments de Cooper (figure 10). Elle peut être réalisée par voie chirurgicale ou laparoscopique.

- Les frondes sous cervicales aponévrotiques : au principe proche des bandelettes synthétiques mais en ayant recours à de l'aponévrose.

b) Traitement chirurgical de l'incontinence par impériosités :

Est peu utilisé et réservé au cas les plus invalidants avec échec des autres traitements. Il s'agit de l'injection de toxine botulique et des techniques de neuromodulation.



Figure 8 : Le TVT : à gauche : aspect des aiguilles avec la bandelette. A droite : aspect final en fin d'intervention.

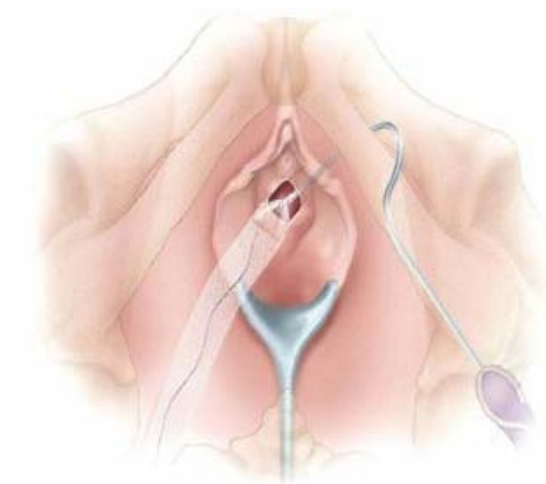


Figure 9 : Le TOT

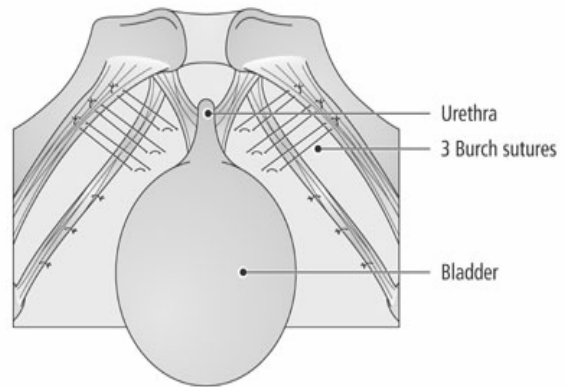


Figure 10 : L'intervention de BURCH