

INCONTINENCE URINAIRE

Dr DARDENNE Emilie
Chirurgien Urologue- Assistant spécialiste
Hôpital Victor Dupouy - Argenteuil

Sommaire

- ▶ Définition
- ▶ Épidémiologie
- ▶ Anatomie & Physiopathologie
- ▶ Evaluation clinique
- ▶ Examens complémentaires
- ▶ Traitement
- ▶ Cas particulier de l'homme

Définition de l'incontinence

▶ « Toute fuite involontaire d'urine dont se plaint la patiente »

▶ Ancienne définition: « Perte involontaire d'urine qui peut être mise en évidence de manière objective et constitue un problème social et hygiénique »

→ La nouvelle définition prend en considération une gêne et une altération de la qualité de vie

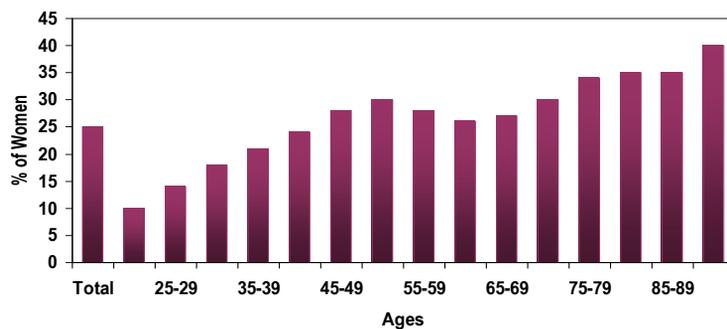
▶ Incontinence urinaire=

Symptôme : perte involontaire d'urine constatée par le patient

Signe : observation d'une fuite d'urine par l'urètre à l'examen

Condition : perte involontaire d'urine quand, en l'absence de contraction vésicale, la pression intra vésicale dépasse la pression urétrale et/ou contraction anormale de la vessie (instabilité vésicale)

Données épidémiologiques: prévalence



N=27,936.
Hannestad YS, et al. J Clin Epidemiol.
2000;53(11):1150-1157

3 femmes sur 10 souffrent d'IU, mais < 50% consultent car:

- Gêne
- Processus normal de vieillissement
- Efficacité des garnitures
- Manque de connaissance des tt
- Mauvaise information sur les tt
- **Peur de la chirurgie**

Causes des fuites

- ▶ Incontinence urinaire d'effort (49%)
 - Par hypermobilité urétrale
 - Par insuffisance sphinctérienne
- ▶ Incontinence urinaire par urgenturies/impériosités (22%)
- ▶ Incontinence urinaire mixte (29%)

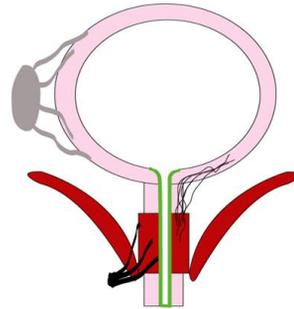
Facteurs de risque d'incontinence urinaire

- ▶ Grossesses
- ▶ Chirurgie. Hystérectomie. Prostatectomie radicale (Homme)
- ▶ Exercices intenses
- ▶ Obésité
- ▶ Génétiques. Ex: Ehler-Danlos
- ▶ Troubles psychiatriques. Enurésie. Attaques de panique. Dépression (déficit en sérotonine)
- ▶ Maladie vésicale : cystite interstitielle

Anatomie de la contience Physiopathologie de l'incontinence

Mécanismes de la continence urinaire

- ▶ Compliance, sensibilité, capacité **vésicale**
- ▶ Support urétral: **muscle** élévateur de l'anus, ligaments suspenseurs
- ▶ **Sphincter** urétral lisse et strié
- ▶ **Muqueuse urétrale**
- ▶ **Contrôle nerveux**



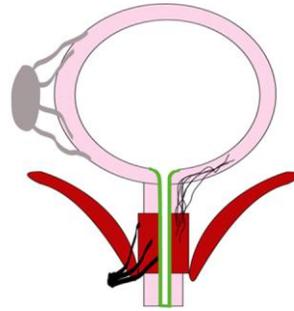
Centres médullaires

- ▶ **Noyau spinal para Σ**
 - S2-S4, médiation cholinergique, récepteurs MUSCARINIQUES
 - Contraction du muscle vésical \rightarrow miction
- ▶ **Noyau spinal Σ , médiation adrénérgerique**
 - D10-L2
 - Relâchement du détrusor = effet β^-
 - Contraction du sphincter **lisse** de l'urètre riche en récepteurs $\alpha =$ effet $\alpha^+ \rightarrow$ remplissage et continence passive
- ▶ **Noyau spinal somatique (Noyau d'Onuf)**
 - S2-S4, médiation cholinergique, récepteurs NICOTINIQUES
 - Contraction du sphincter **strié de l'urètre** \rightarrow continence active. R
 - Relâchement = miction

Physiopathologie de l'incontinence

▶ Anomalie sphinctérienne ou défaut de soutien

- Hyper mobilité urétrale : faiblesse du support musculaire pelvien
 - Insuffisance sphinctérienne. Ex: lésion chirurgicale après chirurgie pelvienne
- 2 peuvent être associées



▶ Anomalies vésicales

- Hyperactivité (contractions involontaires du détrusor)
- Hyper-réflexie (origine neurologique)
- Faible compliance vésicale

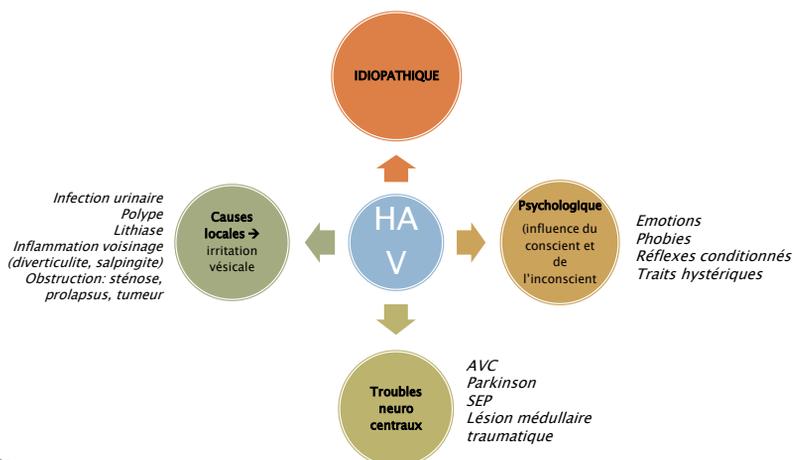
EVALUATION CLINIQUE

- ▶ 1. Type d'incontinence: IUE, impériosités, mixte
- ▶ 2. Qualité de vie, sexualité, perception de soi, retentissement psychologique social et professionnel (nombre de garnitures)
 - questionnaires validés (Contilife, questionnaire USP, ICI-Q...)
- ▶ 3. Trouble de la statique pelvi- périnéale (prolapsus)
- ▶ 4. Continence anale

Evaluation clinique

- ▶ Manœuvre de **Bonney** et test des releveurs
 - si manœuvre négative : insuffisance sphinctérienne, facteur de mauvais pronostic pour BSU chez la femme
- ▶ Trophicité vaginale
- ▶ **Catalogue mictionnel**+++ : nombre volume et horaire des mictions et des fuites urinaires (verre gradué) (Urofrance)
 - Identifie des troubles du rythme circadien
 - Evaluation cognitive associée
- ▶ Test de pesée des protections urinaires sur 1 heure ou 24 heures (+si>20g) = PAD-test
- ▶ Estimation du résidu post-mictionnel
- ▶ Commande mictionnelle
- ▶ Débitmétrie
- ▶ **COMORBIDITÉS:**
 - HAV associée de manière significative chez les femmes avec BMI > 30kg/m²
 - Tabac: augmentation P° abdo (toux chronique), augmentation activité détrusor par la Nicotine
 - Diabète, SD métabolique

Evaluation clinique : hyperactivité vésicale



Examens complémentaires

Éliminer une pathologie locale

Étiologie	Infection urinaire	Polype vésical Tumeur vésicale	Lithiase vésicale	Cystopathie chronique Cystite interstitielle	Obstruction
Éléments évocateurs	Brûlures mictionnelles Urines troubles, Hématurie	Hématurie Facteurs de risques	Hématurie Brûlures Gêne Anamnèse	Cystalgie	Dysurie Examen clinique et anamnèse évocateurs
Examens complémentaires	Bandelette ECBU 	Cystoscopie 	Echographie Cystoscopie 	Cystoscopie 	Examen vaginal, TR 

Examens complémentaires

- ▶ Echographie réno-vésicale avec mesure du résidu post-mictionnel
 - Evaluation de la CVF
 - Evaluation de la vidange
 - Peut objectiver une anomalie pariétale
- ▶ BUD
 - Indications LIMITÉES
 - diagnostic du type d'incontinence incertain
 - inefficacité traitement anticholinergique de première intention en cas d'incontinence par impériosités
 - intervention chirurgicale envisagée
 - présence ou suspicion de pathologie associée (résidu post-mictionnel important, ATCD de chir pour incontinence urinaire, irradiation pelvienne, prolapsus génital important, atteinte neurologique)
- ▶ PAS DE BUD DANS UNE IUE PURE EN 1^e INTENTION

Bilan Urodynamique

- ▶ **Débitmétrie libre** (« venez à l'examen vessie pleine ») puis installation position gynéco
 - ▶ **Cystomanométrie** : b1, b2, b3 (capacité vésicale), compliance, contractions non inhibées
 - Mesure Capacité cystomanométrique max (N= 300-600mL)
 - ▶ **Profilométrie** : pression de clôture maximale : pression urétrale – pression vésicale (NI= 110-age +/-20% cm H2O)
 - Irrigation 2mL/mn, retrait de la sonde 1mm/s
- Etude de: stabilité, compliance, sensibilité, capacité vésicale, synergie, contractilité, tonus sphinctérien

Cystoscopie

- ▶ Hématurie
- ▶ Echec du bilan urodynamique à reproduire les symptômes
- ▶ Apparition récente
 - symptômes traduisant une irritation vésicale
 - douleurs vésicales
 - d'infection urinaire récidivante
 - suspicion d'un corps étranger intravésical

TRAITEMENT

3 axes

- ▶ Rééducation périnéo-sphinctérienne
- ▶ Traitement chirurgical
- ▶ Traitement médical

Rééducation périnéo-sphinctérienne

- ▶ Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique

« La rééducation périnéale sera prescrite en **première intention** chez une femme présentant une incontinence urinaire d'effort, en particulier s'il s'agit d'une incontinence urinaire du premier degré sans prolapsus, avec un testing périnéal de mauvaise qualité et/ou une inversion de commande périnéale »

Association Française d'Urologie. Progen Urol2010

CNGOF 2009 RPC –L'INCONTINENCE URINAIRE :

«Il est recommandé de débiter le traitement de l'incontinence urinaire d'effort ou de l'incontinence urinaire mixte par une rééducation périnéale comportant des exercices musculaires du plancher pelvien (grade C). La rééducation comportementale est recommandée de première intention en cas de symptômes d'urgenterie prédominants (grade C). »

La guérison subjective et les taux d'amélioration, suite à une rééducation périnéale par renforcement des muscles du plancher pelvien dans l'ensemble des RCT incluant des groupes avec IUE et IUM varie de **56% à 70% (Moore et al2013)**

Rééducation périnéo-sphinctérienne et ttt comportementaux

▶ Rééducation périnéo-sphinctérienne

◦ **Incontinence d'effort**

- Biofeedback travail musculaire > stimulation électrique et cônes
- Apprentissage de la contraction volontaire des MPP
- Suppression de l'inversion de commande

◦ **Impériosités**

- Traitements comportementaux. Calendrier mictionnel journalier
- Intégration du réflexe inhibiteur périnéo-détrusorien
- Electrostimulation (courant de fréquence de 5 à 25 Hz) à visée inhibitrice du détrusor.

- **Prescription:** 15 à 20 séances. Souvent 2x/smn

▶ RHD

- supprimer irritants de la vessie (thé, café, vin blanc, aliments épicés...)
- Traiter surpoids et obésité

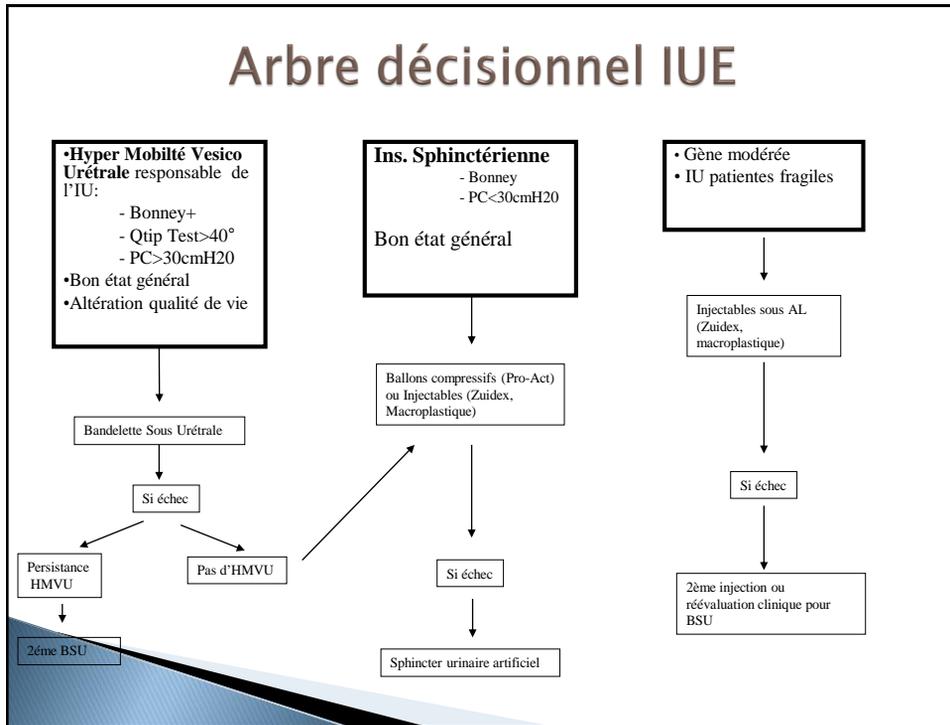
Traitement médical IU

- ▶ **Rééducation 1^{ère} intention**
- ▶ **ttt anticholinergique pour IU par urgenteries**
 - antimuscariniques: oxybutinine (Ditropan®), Solifénacine (Vesicare®), fésotérodine (Toviaz®), chlorure de trospium (Ceris®)
 - β3-agonistes : Betmiga® (CI si HTA non contrôlée >180/110)
- EFFICACITÉ JUGÉE À 2 MOIS
- EI: Bouche sèche: 30%, effets digestifs
- ▶ **ttt de l'atrophie vulvo-vaginale: promestrienne (Colpotrophine ®)**
- ▶ **ttt de l'obésité**
- ▶ **Stimulation tibiale postérieure TENS (Urostim®)**
 - Technique transcutanée 20mn/j pendant 12 smn puis rééval.
 - Efficacité variable, entre 37% e 82%. Meilleur succès si absence d'HAD au BUD
- ▶ **Duloxétine (Cymbalta®):** augmente contraction sphincter par action sur noyau d'Onuf. Pas d'AMM en France pour l'IUE.

Traitement chirurgical

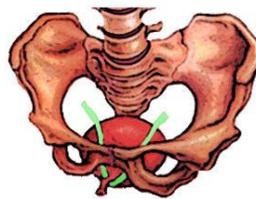
- ▶ **En cas d'échec de la rééducation (première intention) ou du ttt médicamenteux (ttt bien conduit pendant >3 mois, essai de 2 ATC différents)**
- ▶ **Traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort**
 - Bandelette sous urétrale, TVT (Tension Free Vaginal Tape), TVTO, mini-bandelettes
 - Colposuspension Burch
 - Injections périurétrales
 - Ballons gonflables
 - Sphincter artificiel
- ▶ **Traitement chirurgical de l'impériosité vésicale**
 - Toxine botulique. 1^{ere} dose 50 UI, CI si myasthénie. Risque RAU 5 à 7%
 - Neuromodulation des racines sacrées
 - 1 phase stimulation externe 15j (test)
 - Implantation définitive si succès. Attention: contre-indique IRM
 - Entérocystoplastie d'agrandissement : dernier recours
 - Rétablissement réservoir normo-compliant normo-capacitatif basse pression

Arbre décisionnel IUE

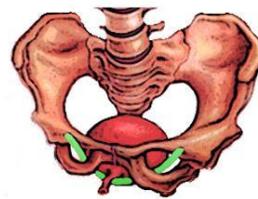


TOT/TVT

- ▶ Efficacité comparable
- ▶ Choix à l'opérateur
 - TVT dysuriant
 - (> si IS associée)
- ▶ Risques per-op:
 - Plaies vésicales 2-23%
- ▶ Risques douleurs post-opératoires
 - TOT > TVT



Passage en sus pubien (TVT)

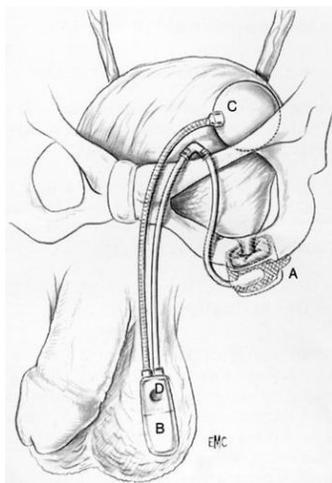


Passage en Trans Obturateur (TOT)

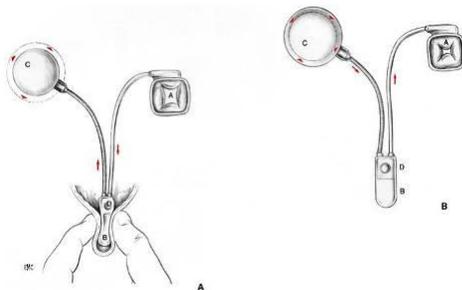
CAS PARTICULIER DE L'HOMME

- ▶ Nombreuses étiologies possibles aux urgences/HAV. Identifier une obstruction → obstruction conduit à une HAD
- ▶ Après chirurgie d'une obstruction sous-vésicale (RTUP/AVH), régression des signes d'HAV dans 70%.
- ▶ Recours fréquent aux anticholinergiques en association avec α - (Attention: risque RAU chez patients avec RPM >150mL)
- ▶ RTUP: risque IU post-op à 6 mois = 5%
- ▶ AVH: risque d'IU après 6mois = 9%
- ▶ IUE post-PR
 - FDR: âge, stade du cancer, continence pré-op, obésité
 - 90% en post-opératoire immédiat
 - Réassurance ++
 - Rééducation
 - Etuis péniens le jour
 - Eliminer fuites par regorgement (cystoscopie : sténose anastomose)
- ▶ Post-PR:
 - BSU
 - Gold standard: sphincter artificiel. Succès du sphincter (0 protection) = 72% à 10ans. Satisfaction subjective 89,5%
 - Influence de la Rxthérapie

SPHINCTER ARTIFICIEL



- ▶ IUE post PR +++
- ▶ Efficacité comparable
- ▶ Après échec de rééducation et/ou après échec ballons ou BSU
- ▶ D'emblée Si fuites importantes (PAD test >300g)
- ▶ Patient compliant
- ▶ Activation 4 à 6 semaines



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

