

L'incontinence urinaire de la femme

Dr A Jacquet

Collège de Gynécologie CVL

Définition de l'International Continence

Société: Perte d'urine involontaire dont se plaint la patiente

A différentier de mictions par regorgement
d'une fistule

Les circonstances des fuites

- Incontinence à l'effort
en rapport avec une \uparrow de la pression abdominale
(toux , éternuement port de charges...)
concomitante de l'effort en jet ou gouttes
- Incontinence par impériosité: Urgenturie
associe urgence, pollakiurie +/- fuites ou
mictions incontrôlables

Incontinence à l'effort

Toux, éternuement,

Port de charges

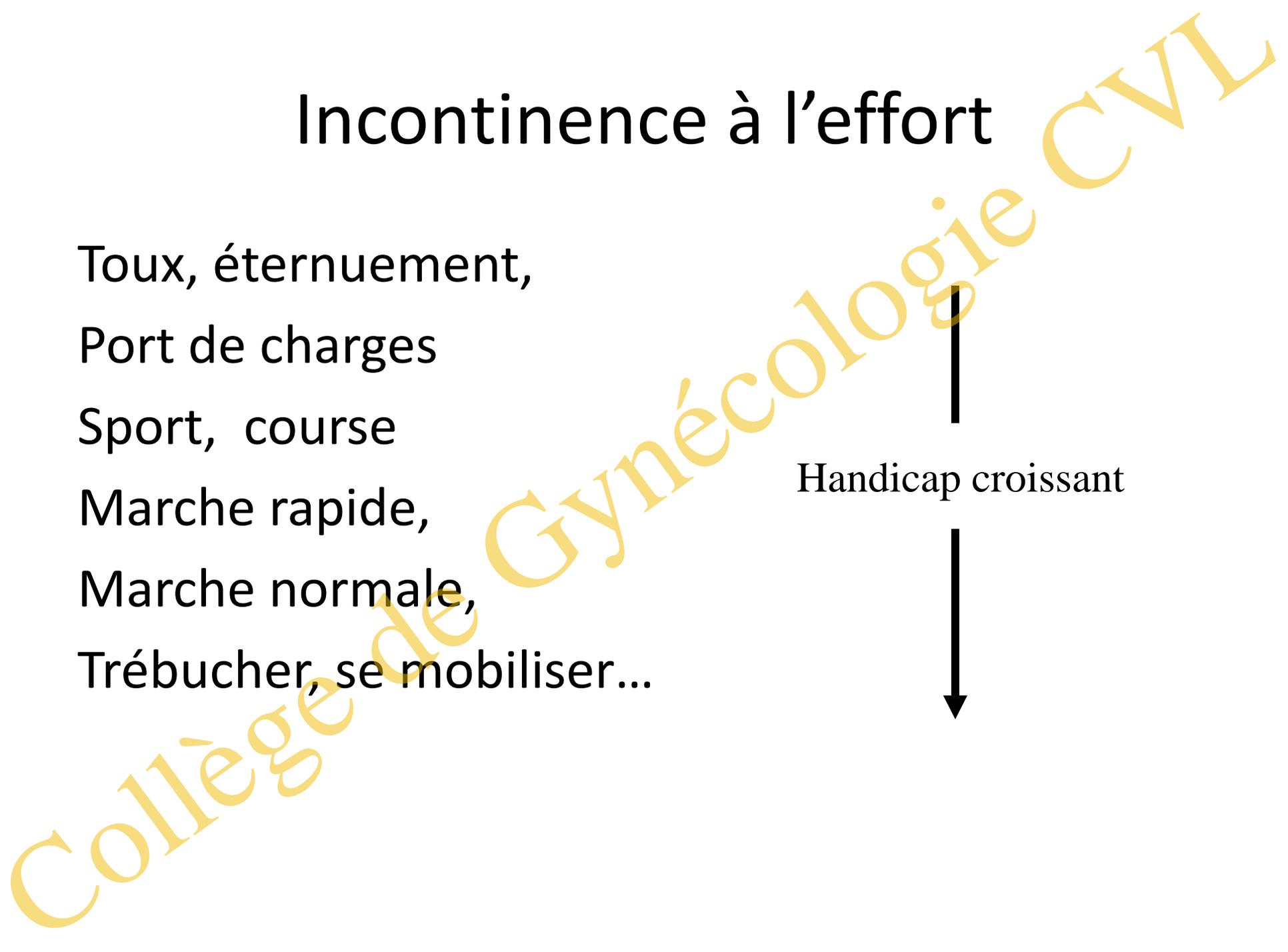
Sport, course

Marche rapide,

Marche normale,

Trébucher, se mobiliser...

Handicap croissant

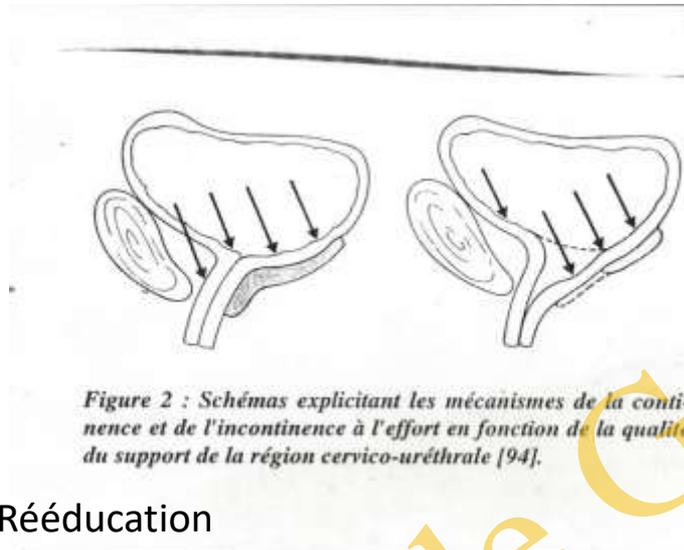


L'incontinence urinaire à l'effort (IUE)

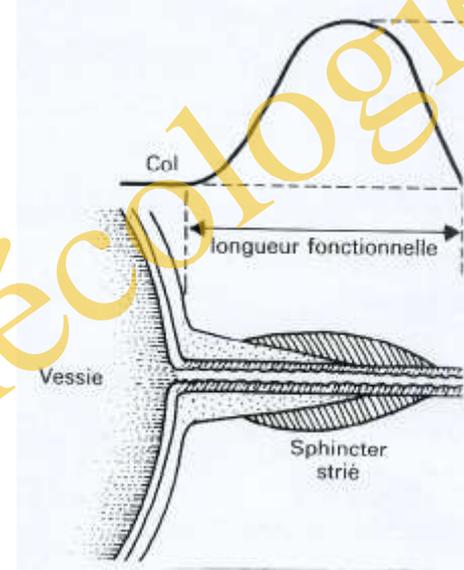
Concomitante d'une augmentation de la pression abdominale (toux éternuement...)

2 causes

L'hypermobilité cervico urétrale



L'insuffisance sphinctérienne



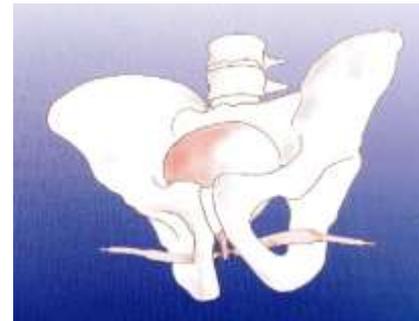
Rééducation

TVT



Bandelette PROLENE[®] soutenant l'urètre moyen

TOT



Urgenturie, hyperactivité vésicale, troubles du comportement mictionnel

Les limites entre instabilité et troubles du comportement mictionnel sont floues

Les fuites d'urine sont précédées d'un besoin urgent, ou impériosité, imprévisibles, mal vécues avec impossibilité de différer la miction (définition de l'urgenturie)

Les symptômes: urgenturie , pollakiurie , nycturie et +/- fuites d'urine voire miction totale

Action prédominante du parasympatique

Perte de la qualité de vie quelque soit la cause

Les normes

- Remplissage vésical à pression constante sans inconfort
- Maxi 6 mictions le jour + 1 la nuit
- Capacité moyenne 300 à 400 cc
- Miction en jet continu et sans poussée
- Pas d'infection urinaire ni hématurie

Les causes de l'instabilité

Épine irritative sur la vessie: cause locale

- Compression extrinsèque
- Infection urinaire, calcul vésical
- Prolapsus (cystocèle)
- Irradiation pelvienne

Neurologique:

- AVC, SEP, Parkinson, lésions médullaires traumatiques
- Neuropathie diabétique

Psychologique...+++ , dépression, Emotivité, phobies

Idiopathiques (15% des F, 35% après 75 ans)

Les mauvaises habitudes mictionnelles

Urgenturie pollakiurie +/- fuites ou fuites en arrivant aux toilettes ou au domicile

La patiente obéit au besoin , mais en général peut différer en DH du domicile

Mictions trop fréquentes

On lui a dit de ne pas se retenir d'uriner en cas de besoin

Diminution progressive de la capacité vésicale

stress

l'ennui

Crainte des fuites (cercle vicieux)

Le thé le café, l'excès d'apports

Les diurétiques majorent les troubles

Troubles comportement mictionnel/ hyperactivité vésicale

	Mauvaises habitudes	Hyperactivité vésicale
Protections	1/j	Plusieurs, épaisses et en change
Fuites	Peu abondantes	Miction totale
Lieu	En arrivant aux toilettes	N'importe où (déclic)
Cherche les toilettes	+	+
Pollakiurie	+	+
Délai de sécurité	qq mn voir +	0
Clé dans la serrure	+	

Juger le handicap

Protections: permanentes, occasionnelles,
le type, le nombre par jour, humides, trempées,
Changement de vêtement
dépendance vis à vis des toilettes lors des sorties
limitation des sorties
fréquence des mictions, le jour, la nuit
Intérêt du calendrier mictionnel +++
délai de sécurité

Echelles de qualité de vie et de retentissement

Pas d'avis spécialisé d'emblée car

Le traitement de première intention de l'incontinence est médical

C'est un traitement standardisé

- conseils mictionnels
- rééducation périnéale/comportementale
- +/- anticholinergiques (d'emblée?)

Estrogènes locaux si ménopause

- Le traitement de l'incontinence par impériosité c'est:
 - La rééducation avec approche comportementale
 - Des règles hygiéno-diététiques
 - Les trophiques locaux si patiente ménopausée
 - les anticholinergiques (juger du moment opportun de les introduire / tableau clinique)
 - ne pas oublier de rechercher la cause si échec du traitement initial

Les prescriptions dans le cadre de l'urgenturie

Conseils mictionnels +++ / rééducation comportementale

apprendre à différer ,
espacer les mictions, ne pas obéir au besoin,
s'asseoir lorsque l'envie est urgente, se distraire, détourner l'attention
expliquer le principe de l'inhibition vésicale et le rôle de la volonté
augmenter les boissons si cystite!
les diminuer si excès (> à 2l/j) régime?
éviter les excitants (thé café en excès!)
modifier un traitement hypotenseur (diurétique)

Calendrier mictionnel +++ outil diagnostique et thérapeutique

Calendrier mictionnel sur 24h -1 exemple personnel

Boissons		Mictions		
Heure	Volume	Heure	Volume	Evènements

Intérêt diagnostique et prise de conscience de la patiente

La rééducation du périnée

Exercices musculaires (rééd manuelle, biofeedback ...)

Rééducation comportementale lors de l'urgenterie et IUE

Rééducateur et patiente motivée

Poursuivre le travail

Éviter les efforts « prolabants »

Chez le sujet plus âgé proposer:

- mictions à heures régulières
- accès aux toilettes – problèmes à la marche
- participation du patient nécessaire / troubles cognitifs

Les prescriptions

Estrogénothérapie locale si ménopause

2 fois par semaine, précédé ou non d'un traitement d'attaque pendant 1 mois, durée prolongée...

colpotrophine[®] ovules (promestriène, R 35%) et *crème*

trophigil ov[®] ou *trophicrème*[®] (estriol, prog, bacille de Doderlein R 35%)

florginal gel[®] (estriol, progest., bacille de Doderlein) (R 35%)

gydrelle[®] crème (estriol avec applicateur) R 35%

=> action trophique vaginale

=> restitue la flore de Doderlein et évite la colonisation par la flore digestive: ↓ les infections urinaires ?

=> améliore la trophicité du trigone

=> efficacité prouvée sur l'hyperactivité vésicale si ménopause

Calendrier mictionnel

Heures Dates	1 h	2	3	4	5... ..21	22	23	24h
1/03								
15/03								
1/04								
15/04								
...								

Exemple : Uniquement pour apprécier le nombre de miction par jour
et suivre l'évolution : espacer les dates de recueil

Après échec des premières prescriptions ou d'emblée
en fonction du contexte clinique

Les anticholinergiques

ECBU

Echographie des voies urinaires

Cystoscopie

BUD

Les anticholinergiques

Inhibent les effets de l'AC produite par les terminaisons neuronales sur la vessie: réduisent les signaux afférents et efférents

Luttent contre les contractions détrusoriennes

Efficacité > au placebo (↓ nbre des urgences, la pollakiurie , nbre de fuite)

Effets secondaires (liés à l'effet muscarinique)

- Sècheresse buccale
- constipation ou diarrhée , douleurs abdo, nausées, dyspepsie
- sècheresse oculaire troubles de la vision
- rétention d'urine, dysurie , infections
- fatigue somnolence, insomnie, confusion, troubles cognitifs, vertiges
- palpitation, hypertension , tachycardie

Effet/dose :

Modification de la perméabilité de la barrière hématoencéphalique avec l'âge (↑des troubles cognitifs?) Toviaz : pas de modification des tests

Les prescriptions (urgenterie)

Les anticholinergiques

Ditropan[®], *Driptane*[®] (oxybutine) à dose minima efficace jusqu'à 3cp/j

Détrusitol[®] cp à 1 et 2 mg (toltérodine) 1 à 2 cp/j

Céris[®] (trospium) 1 cp matin et soir à distance des repas

. *Urispas*[®] 3cp/j

Vésicare[®] 5 ou 10 mg (solifénacine) 1cp/j

Toviaz 4 ou 8 mg (fésotérodine) 1cp /j

Betmiga 25 et 50 mg (*mirabegron*) non remboursé

effets atropiniques

Redonne confiance – qq mois- à réévaluer-

A réserver à l'authentique instabilité?

Essayer différents produits si échecs ou problèmes de tolérance

action centrale attention chez le sujet âgé somnolence, confusion

Echec du traitement médical bien conduit

Rechercher une étiologie :

SEP

Diabète

Calcul, tumeur vésicale (cystoscopie)

Retentissement sur le haut appareil

(échographie rénale et vésicale)

Place de la neuro modulation sacrée

Toxine botulique

Briker

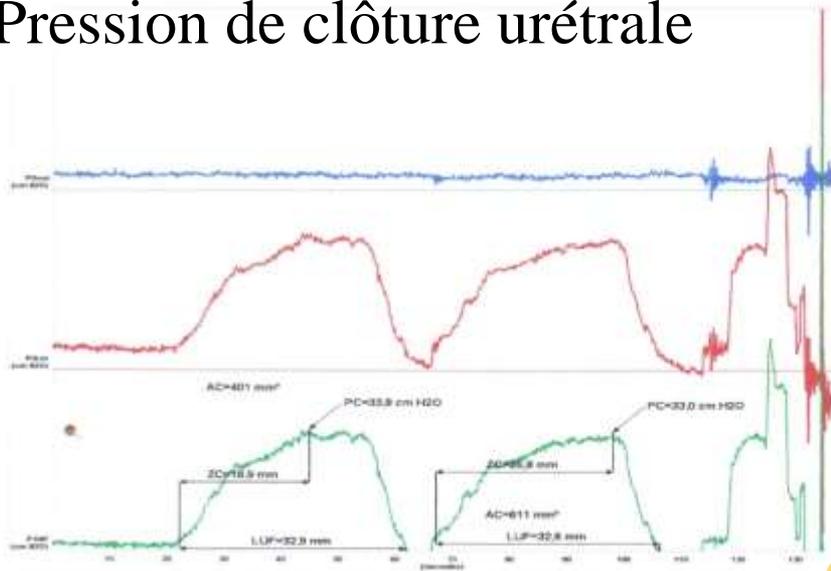


Le BUD

Bilan urodynamique

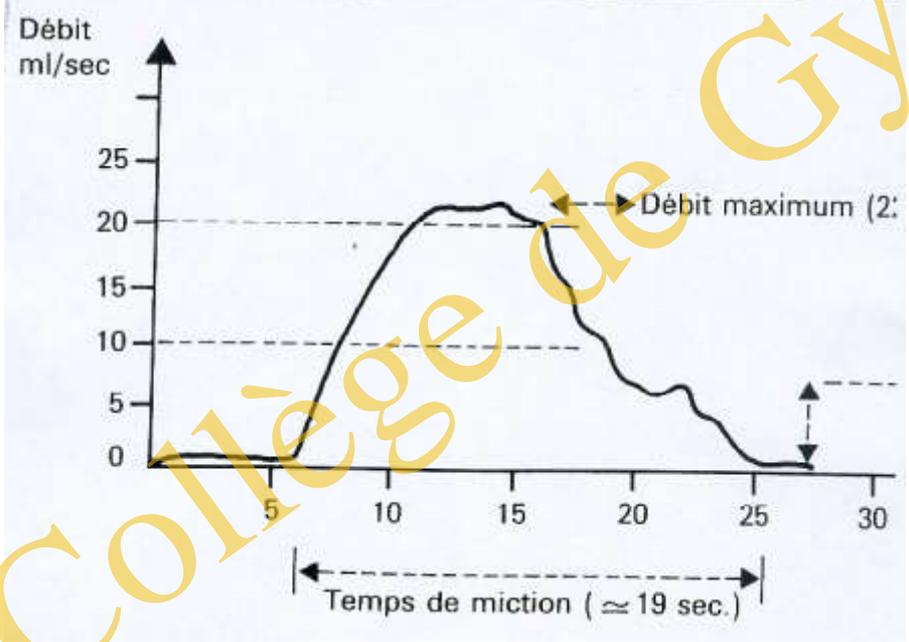
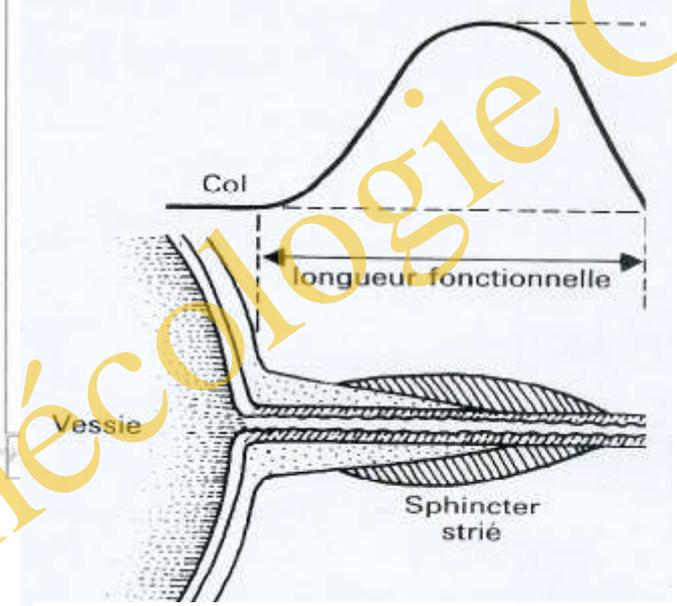
N'est pas indiqué en première intention

Pression de clôture urétrale

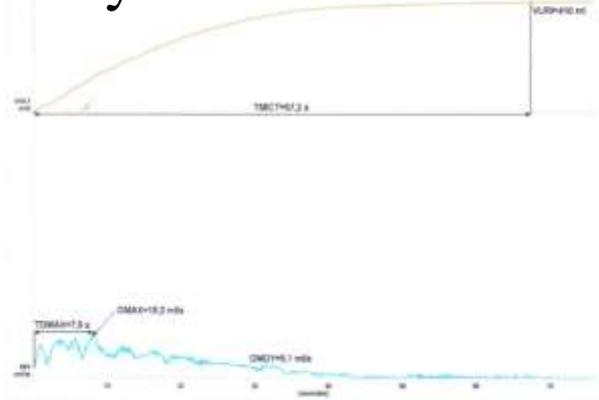


Profilométrie

LUF=32,9 mm
PC=33,8 cm H2O

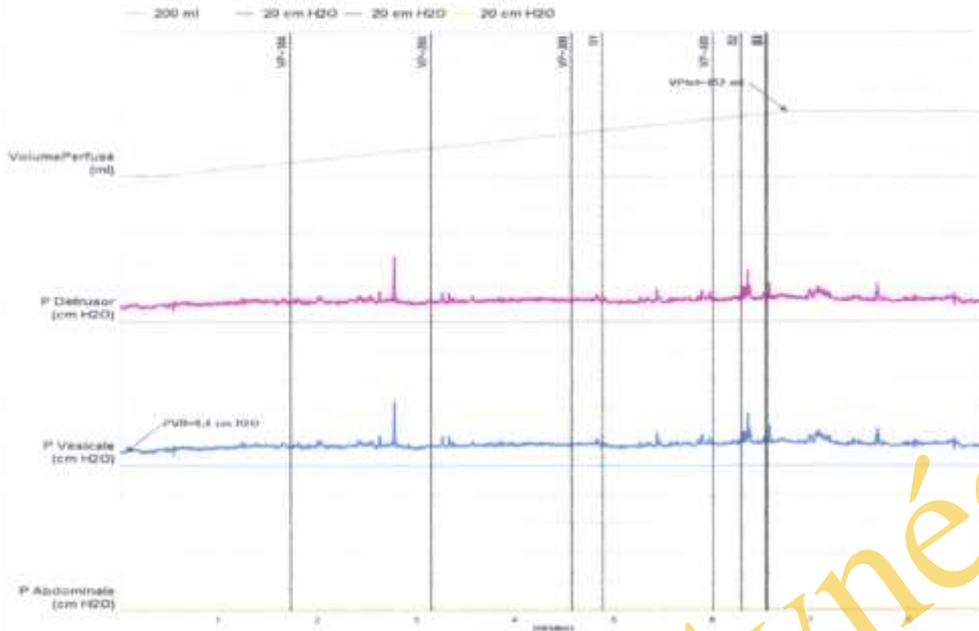


Dysurie



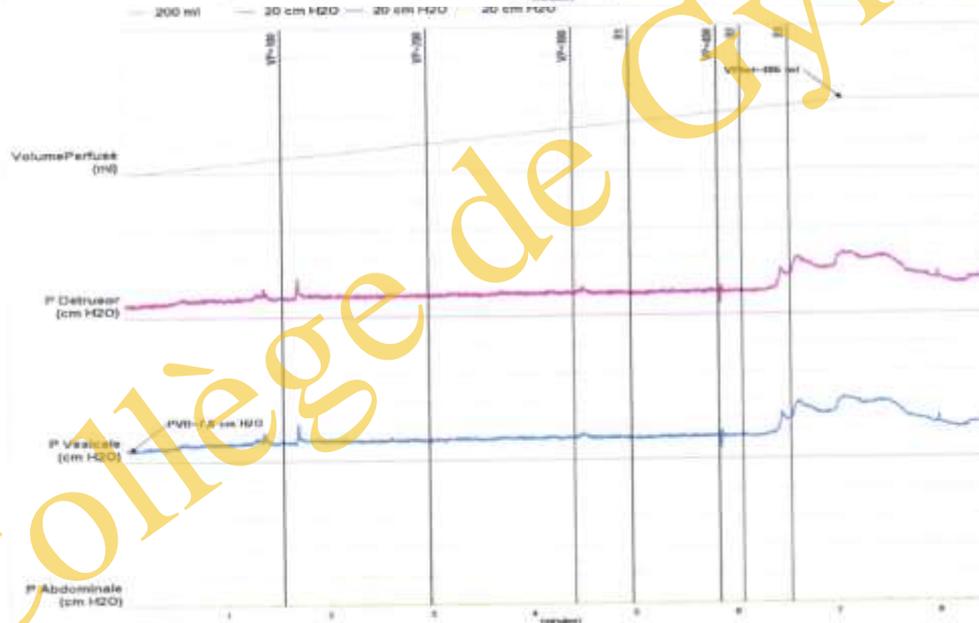
Débitmétrie chaise

TMICT=67,2 s
VURI=410 ml
DMOY=6,1 ml/s
TDMAX=7,9 s
DMAX=19,2 ml/s
bas



Cystomanométrie normale

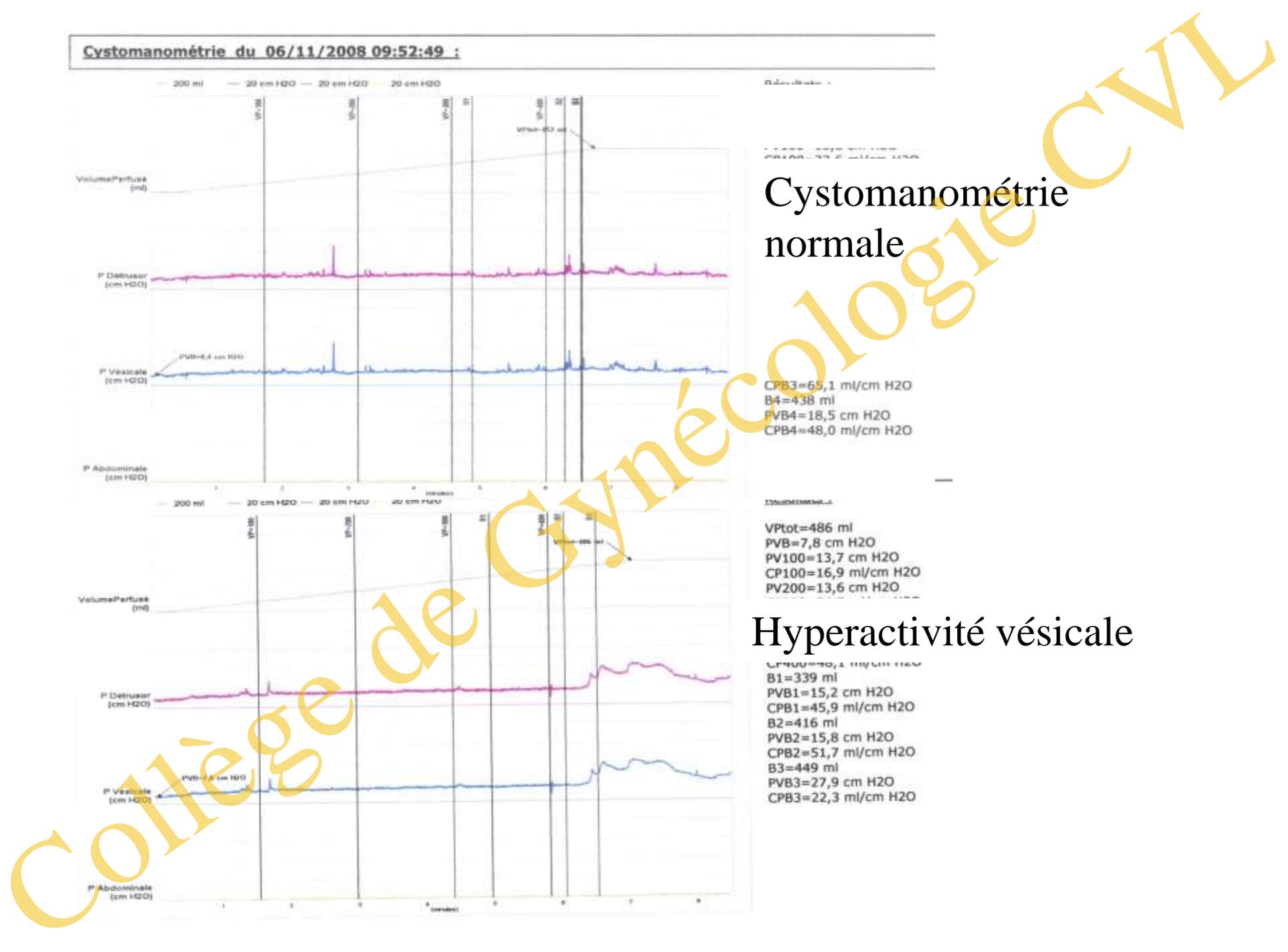
CPB3=65,1 ml/cm H2O
 B4=438 ml
 PVB4=18,5 cm H2O
 CPB4=48,0 ml/cm H2O



Hyperactivité vésicale

VPtrot=486 ml
 PVB=7,8 cm H2O
 PV100=13,7 cm H2O
 CP100=16,9 ml/cm H2O
 PV200=13,6 cm H2O

CPV00=40,1 ml/cm H2O
 B1=339 ml
 PVB1=15,2 cm H2O
 CPB1=45,9 ml/cm H2O
 B2=416 ml
 PVB2=15,8 cm H2O
 CPB2=51,7 ml/cm H2O
 B3=449 ml
 PVB3=27,9 cm H2O
 CPB3=22,3 ml/cm H2O



Place de l'examen urodynamique

C'est un bon moyen pour la détermination d'un mécanisme pathologique

- Urgenturie
- Insuffisance sphinctérienne (PCUM VLPP)
- Ne permet pas de quantifier l'hypermobilité cervico-urétrale
- Si IUE avec insuffisance sphinctérienne pas de CI à la bandelette sous urétrale (TVT- TOT)

L'examen urodynamique et prise en charge chirurgicale de l'IUE

Est recommandé (*mises à jour CNGOF Déc 2009*)

- avant décision chirurgicale pour IU
- mais pas obligatoire si IUE pure
- après échec d'un traitement antérieur

Intérêt :

rechercher CI au trait. chirurgical et informer le patient des risques d'échec ou de complication majorés = évaluation du pronostic si

- . Dysurie (attention si poussée car effet fronde sur la future bandelette!)
- . Hypotonie vésicale (risque de dysurie)
- . Hyperactivité vésicale (échec ressenti par la patiente), ce n'est pas une indication à opérer
- . Insuffisance sphinctérienne (persistance IUE)

Information + claire du patient, permet de nuancer les résultats escomptés

Le traitement de l'IUE

Rééducation et éducation comportementale
dont le verrouillage périnéal à l'effort

IUE occasionnelle : pessaire ou tampon vaginal
lors des efforts

Si échec de la rééducation ou amélioration
insuffisante et **handicap** : chirurgie (TVT ou
TOT)