

# INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME

## I/DEFINITION : ICS 1976

Fuite d'urine involontaire par le méat urétral et ayant un retentissement social ou hygiénique et démontré de manière objective

La prévalence est difficile à déterminer.

En France, IU concerne 2 millions de femme .

Fréquence en fonction de l'âge:

-20% femmes de moins de 30 ans.

-50% entre 50 et 70 ans.

Retentissement social , professionnel et psychique.

## II/FACTEURS DE RISQUE

\*L'âge: la fréquence augmente avec l'âge.

\*Facteurs constitutionnels : musculature abdominale développée, race noire, asiatique.

\*Antécédents obstétricaux :La multiparité surtout accouchements difficiles ou traumatiques.

\*Trouble de la défécation:

Constipation terminale sévère.

Poussée abdominale importante.

\*Activité sportive:

10 à 40 % des sportives jeunes.

Renforcement excessif des muscles abdominaux sans contrôle de la musculature périnéale.

\*Interventions chirurgicales : urètre, épisiotomie ,proctologique.

## III/CLASSIFICATION

\*Incontinence d'effort : perte d'urine involontaire survenant lors d'une augmentation de la pression abdominale : éternuement, toux, marche

\*Incontinence par impériosité : perte d'urine par envies pressantes non maîtrisables en rapport avec une contraction de la vessie

\*Incontinence mixte : association d'une incontinence d'effort et d'une incontinence par instabilité vésicale

## IV/PHYSIOPATHOLOGIE INCONTINENCE D'EFFORT

### 1/MECANISMES INCONTINENCE D'EFFORT

\*Hypermobilité urétrale 90%

- Accouchement
- Efforts répétés (toux chronique, constipation, sport...)
- Constitutionnel

\*Insuffisance sphinctérienne (10%)

## **1/MECANISME INSTABILITE VESICALE**

- \*Infection urinaire : syndrome de cystite
- \*Irritation vésicale : polype, calcul, infection de voisinage (surtt vaginale)
- \*Maladie neurologique

*Le plus souvent pas de cause retrouvée*

## **V/SYMPTOMES CLINIQUES IUE**

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

## **INSTABILITE VESICALE SYMPTOMES**

- \*Impériosités mictionnelles : impossibilité de pouvoir différer une miction
- \*Pollakiurie diurne et nocturne : Survenue de plus de 7 mictions par 24 heures et / ou plus d'une miction la nuit
- \*Fuites sur urgence : non prévisibles, indépendantes de l'effort mais précédées d'une envie pressante non maîtrisable

## **HYPERACTIVITE VESICALE Des circonstances favorisantes :**

- \*« Sensorielles » : envie pressante après stimulus auditif, visuel
- \*« Paroxysme émotionnel » : Fou rire, Frayeur, Orgasme
- \*« Réflexe ou phobique » : syndrome de la clé dans la porte

## **VI/SEVERITE ET RETENTISSEMENT**

- \*Nombre et type de protections utilisées
- \*Délai de sécurité : quantifie les impériosités
- \*Calendrier mictionnel : quantifie la pollakiurie
- \*Questionnaires de qualité de vie Image de soi :

- Activités quotidiennes
- Situations d'effort
- Impact émotionnel
- Sexualité
- Qualité de vie globale

- \*« Pad test » ou test d'incontinence

## **VII/EXAMEN CLINIQUE**

Objectifs :

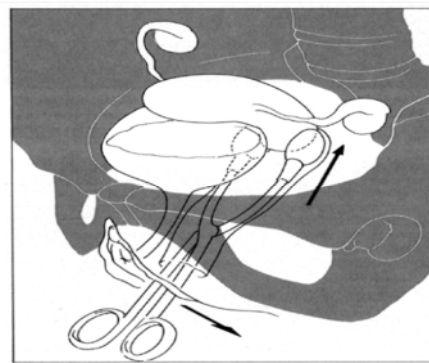
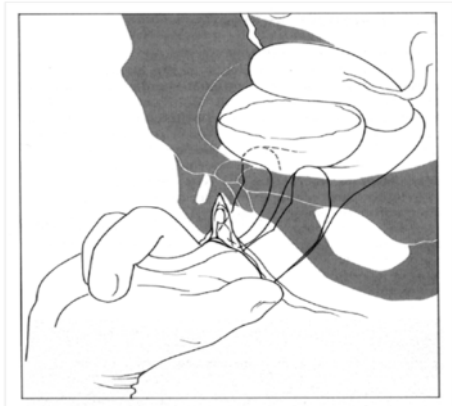
- \*Voir l'incontinence d'effort
- \*Rechercher un prolapsus associé
- \*Evaluer la trophicité vaginale
- \*Quantifier le tonus musculaire
- \*Sensibilité périnéale

A l'examen :

- \*Mise en évidence des fuites urinaires à l'effort.
- \*Correction des fuites par la manœuvre de Bonney.
- \*Correction des fuites par la manœuvre d'Ulmsten.
- \*Apprécier la trophicité vaginale.

- \*Réaliser un testing musculaire.
- \*Rechercher un trouble de la statique pelvienne.

### **MANŒUVRES DE BONNEY ET TEST DE BETHOUX**



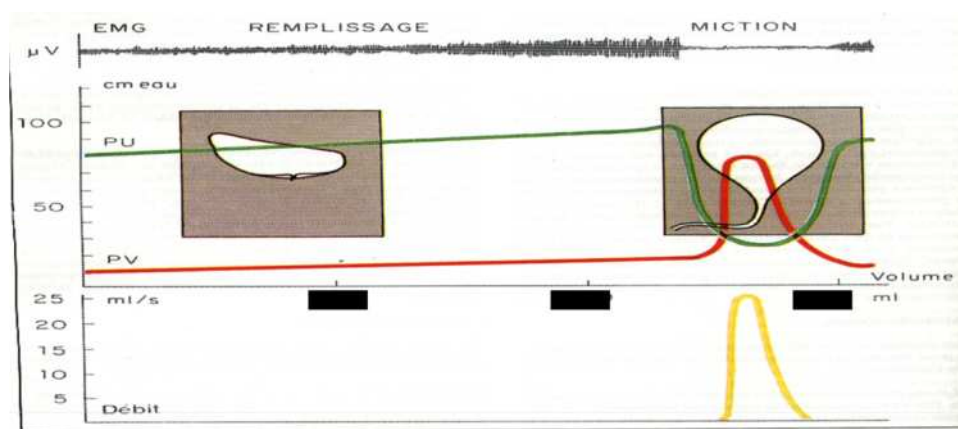
### **VIII/EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

- \*1ere intention : ECBU ou bandelette
- \*Exploration urodynamique:
  - « cystomanométrie »:
    - instabilité vésicale
    - instabilité urétrale
    - capacité vésicale maximale
  - « profilométrie »:
    - valeur sphinctérienne (PC)

### **URODYNAMIQUE INFORMATION AUX PATIENTES**

- \*Examen ambulatoire
- \*Pas de nécessité d'être à jeun
- \*Durée 30 à 45 minutes
- \*ECBU stérile
- \*Arriver avec une vessie pleine
- \*Sondage vésical

### **LE CYCLE CONTINENCE-MICTION**



**Au terme de l'examen clinique et EUD:**

\*IUE par hyper mobilité cervico-urétrale:

Bonney+

PC > ou = 30 cmH<sub>2</sub>O

\*IUE par insuffisance sphinctérienne:

Bonney-

PC < 30 cmH<sub>2</sub>O

**AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

Indications décidées au cas par cas : cystoscopie, échographie, cystographie

**IX/Traitement :**

\*IUE : traitement de première intention

- Rééducation périnéale
- 12 à 15 séances
- Kinésithérapie
- Biofeed back
- Electrostimulation
- Objectifs :
  - ❖ Renforcement sangle musculaire périnéale
  - ❖ Acquisition du réflexe de verrouillage périnéal à l'effort

\*TT hormonal substitutif

**INSTABILITE VESICALE Traitement de 1ere intention**

\*Traitement médicamenteux

- « anticholinergique » : agit sur le contrôle neurologique de la vessie
- Peu de contre indications
- Effets secondaires : bouche sèche

\*Durée initiale 3 mois

\*Peut être associé à la rééducation périnéale

**PRINCIPES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'INCONTINENCE D'EFFORT**

\*Indications :

- Incontinence d'effort avec retentissement significatif en terme de qualité de vie
- Echec de la rééducation périnéale

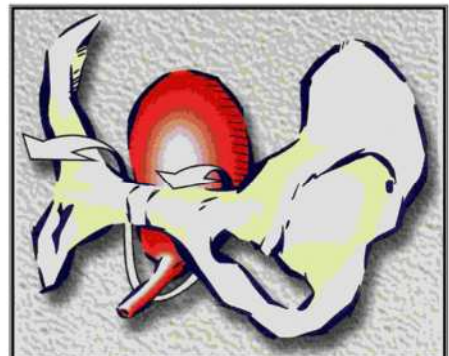
\*Objectifs :

- Refaire le hamac sous urétral
- Renforcer la pression sphinctérienne

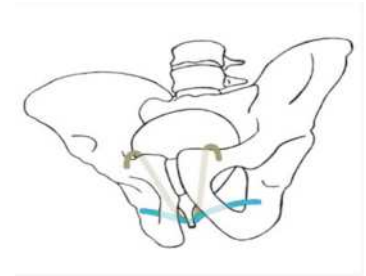
**Technique TVT**

Soutènement de l'urètre moyen par une bandelette synthétique

Intervention réalisée par voie endovaginale



\*Passage de la bandelette par le trou obturateur



### RESULTATS TVT

\*Durée de l'intervention : 20 min

\*Durée de l'hospitalisation : 24 à 36 heures

\*Durée de convalescence : 10 à 15 jours

\*Premier mois : Pas d'effort important, Traitement constipation, Pas de bain, Pas d'activité sexuelle

\*Principales complications

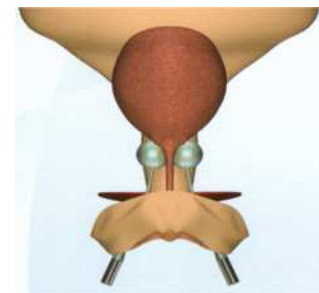
- Plaie de vessie : 5-7%, aucune conséquence
- Infection urinaire post opératoire : 5 à 10%
- Rétention post opératoire < 5%
- Douleurs prolongées < 2%
- Diminution de la force du jet : 5 à 20%

*Résultat fonctionnel : plus de 80% de patientes satisfaites*

ACT system : (adjustable continence therapy)

\*Rationnel : Les ballons sont placés de part et d'autre de l'urètre,

\*Le plus pré possible du col vésical, sous le fascia endopelvien.



### CAS COMPLEXES

\*Le sphincter urinaire artificiel : prothèse sphinctérienne

\*Pace maker de la vessie : neuromodulation

### X/CONCLUSION

Incontinence n'est pas une fatalité

Plusieurs mécanismes possibles

Traitements adaptés