

L'INCONTINENCE URINAIRE

Cours pour étudiants en 5^{ème} année médecine
Session Février 2021

**Présenté par Pr K. Chettibi
et Dr S. Haiahem**

L'incontinence urinaire

Plan du cours

- I. Introduction - Définition**
- II. Facteurs de risque**
- III. Classification**
- IV. Mécanismes**
- V. Étiologies**
- VI. Examen clinique**
- VII. Examens complémentaires**
- VIII. Traitement**
- IX. IU de l'homme**

Objectifs pédagogiques

Devant une incontinence urinaire :

- **Connaitre les différents types et mécanismes.**
- **Savoir examiner une patiente incontinente.**
- **Connaitre les indications et principes des traitements.**

I. INTRODUCTION / DÉFINITION

- Selon la terminologie de l'*International Continence Society* (ICS), l'incontinence urinaire (IU) est définie comme étant
Une perte involontaire d'urine dont se plaint le patient.



I. INTRODUCTION / DÉFINITION

- C'est un handicap social majeur qui concerne **tous les âges et les deux sexes.**
- *Chez la femme*, c'est un **problème de santé publique**. Beaucoup sont concernées par l'incontinence urinaire, et une grande partie d'entre elles n'ose pas consulter ou même en parler.
- *Chez l'homme*, les problèmes d'incontinence répondent à des situations plus particulières, souvent **iatrogènes**, liées à la **pathologie prostatique.**

I. INTRODUCTION / DÉFINITION

- **Retentissement psychologique** pouvant aller jusqu'à la dépression.
- **Altération de la qualité de vie** et réduction des activités sportives, sexuelles et sociales.
- **Risque accru de chutes** volontiers nocturnes dont les conséquences peuvent être graves surtout chez le sujet âgé.

II. 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, forceps,**
 - ✓ **épisiotomie trop tardive,**
- Les **carences hormonales, la ménopause et le vieillissement.**
- Les troubles de la défécation (**constipation, poussées abdominales**).
- Une **pratique sportive intempestive**, la répétition d'exercices musculaires intenses et mal conduits peuvent fragiliser le périnée.
- La **chirurgie pelvienne**

III. CLASSIFICATION

3 grands types d'incontinence urinaire :

- **L'incontinence urinaire à l'effort (IUE) : perte involontaire d'urine à l'effort** (rire, toux, éternuement, sport et autres activités physiques), non précédée de la sensation de besoin, et **dont se plaint le patient** ;
- **L'incontinence urinaire par urgenturie (IUU) : perte involontaire d'urine accompagnée ou immédiatement précédée d'une urgenturie, dont se plaint le patient.**
- **L'incontinence urinaire mixte** : association des deux.

III. CLASSIFICATION

La terminologie de l'ICS évolue => d'autres types d'IU :

- **L'incontinence urinaire posturale** : perte involontaire d'urine associée à un changement de position du corps, dont se plaint le patient.
- **L'incontinence urinaire permanente** : perte involontaire d'urine permanente, dont se plaint le patient.
- **L'incontinence urinaire insensible** : incontinence urinaire dont le patient n'a pas conscience du mode de survenue, la personne est au courant de la fuite d'urine mais ne sait pas quand et comment ça s'est produit et dont elle se plaint.
- **L'incontinence percoïtale** : perte involontaire d'urine lors du coït, dont se plaint le patient.

IV. MÉCANISMES

❖ L'incontinence urinaire à l'effort

- Deux types de mécanismes pouvant être combinés :

❑ **La cervico-cysto-ptose/hyper-mobilité urétrale** résultant d'une perte du tonus des tissus de soutien de l'urètre proximal.

La théorie de De Lancey, dite du hamac sous-urétral, permettant d'expliquer l'incontinence à l'effort :

- La continence est assurée à partir du moment où les moyens de fixité de l'urètre et du col vésical, appelés hamac sous-urétral, sont intacts.
- Ces moyens assurent un soutien de la région vésico-urétrale permettant d'exercer un effet anti-fuite lorsque la pression vient à augmenter dans la cavité abdominale à la suite d'un effort.
- Lorsque ce soutien urétrovésical est déficient, cela se traduit par une hypermobilité de la région urétrovésicale.

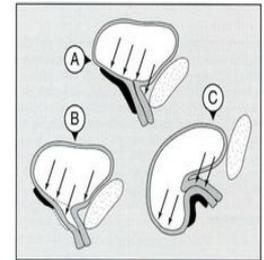
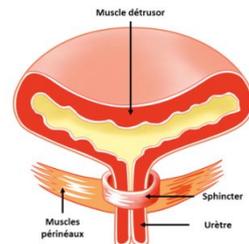


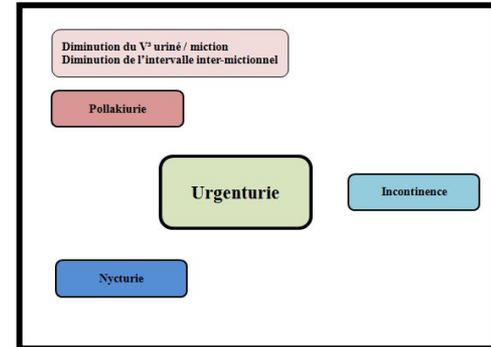
Fig. 24. - Rôle du soutènement sous-urétral dans la fermeture de l'urètre.
a) Les forces de pression abdominale sur l'urètre appuyé sur un support solide : l'urètre se ferme. b) Le support est détruit, l'urètre ne peut pas se fermer. c) Malgré la position extra-abdominale de la région cervico-urétrale, la qualité du support sous-urétral explique l'absence de fuite.

❑ **L'insuffisance sphinctérienne** (hypotonie sphinctérienne).



◆ L'incontinence urinaire par urgenturie

- Résulte de **contractions vésicales anormales non inhibées**.
- Les fuites urinaires vont se produire parce que la pression intra-vésicale va dépasser la pression sphinctérienne



⇒ **Vessie normale** ⇒ Propriétés viscoélastiques ⇒ remplissage à basse pression (inférieure à 25 cmH₂O) ⇒ et donc inférieur à la pression exercée passivement par le sphincter urétral au repos ⇒ pas de fuite.

- Lors de la miction ⇒ la contraction vésicale va augmenter la pression intravésicale dépassant celle de l'urètre et qui, associée à un relâchement sphinctérien va permettre l'écoulement des urines.

⇒ En cas de **dysfonctionnement vésical** ⇒ contraction involontaire (en dehors de toute miction) ⇒ augmentation de la pression ⇒ dépassant la pression urétrale ⇒ fuite.

V. ÉTIOLOGIES

Incontinence urinaire à l'effort

Étiologies

Traumatismes obstétricaux et chirurgicaux

Accouchements difficiles

Neuropathies d'étirement

Chirurgie gynécologique, périnéale ou rectale

Troubles trophiques

Carence hormonale de la ménopause (atrophie vulvo-vaginale)

Pathologies mécaniques secondaires à des efforts de poussées abdominales répétées

Constipation

Toux chronique

Port de charges lourdes

Neurologiques

Incontinence urinaire par urgenturie

<u>Étiologies</u>	Urologiques	Irritation vésicale	Cystite infectieuse
			Cystite radique
			Cystite chimique
			Tumeur de vessie
			Calcul (vessie, bas uretère)
			HAV idiopathique
	Obstacle cervico-urétral	Sténose urétrale	
		HBP	
Neurologique			

VI. EXAMEN CLINIQUE

1) Interrogatoire : Fondamental, recherchera les éléments suivants :

- **Le type de la fuite :** IUE, IUU ou IU mixte
- **L'importance de la fuite et son évolutivité dans le temps**
- **Le retentissement social et psychologique**
- L'existence de troubles de la statique associés (**prolapsus**)
- L'existence de troubles associés de la défécation (**constipation**) ou de la continence anale
- Le statut hormonal (**ménopause?**)
- Les antécédents médico-chirurgicaux (**obstétricaux, neurologique, chirurgie pelvienne...**)

« Le facteur le plus important qui représente un risque d'incontinence est le **premier accouchement avec ses circonstances (forceps, épisiotomie, déchirure...)** et le **gros poids de l'enfant** ».

2) L'examen physique :

- Il est à la fois **général, uro-gynécologique et neurologique.**
- 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.**

1/ Examen urologique :

a) Objectiver la fuite : (Fuite urétrale ou extra-urétrale : ex. fistule)

- **Le test à la toux** : Après remplissage vésical, on fait apparaître la fuite en demandant à la femme de tousser de manière répétitive.
- Le test est positif lorsqu'une fuite d'urine apparaît au méat urétral.
- L'existence d'un prolapsus peut empêcher la fuite par **effet pelote** et la réintégration du prolapsus permet de démasquer cette fuite. (**L'examen se fait toujours, prolapsus réduit**).

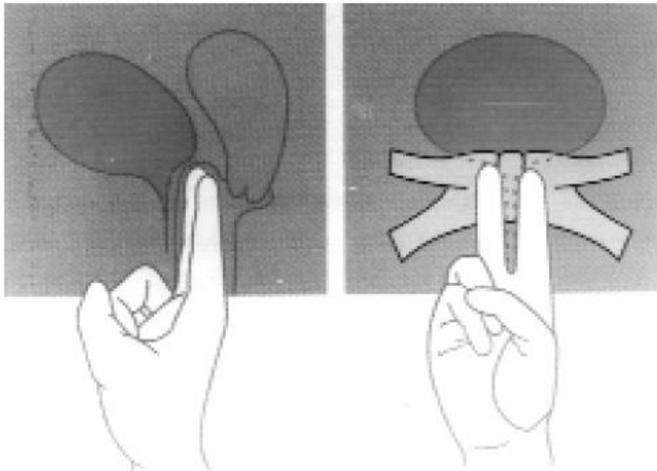
1/ Examen urologique :

b) Évaluer la mobilité urétrale :

- ❖ **Manœuvres cliniques de soutènement sous-urétral :** Plusieurs manœuvres ont été décrites afin d'étudier l'effet du repositionnement du col vésical dans l'enceinte abdominale et ainsi apprécier le défaut de soutien de l'urètre.

La manœuvre de Bonney

- Consiste à refouler vers le haut le cul-de-sac vaginal antérieur sans comprimer l'urètre au moyen de deux doigts.
- Elle 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.



La manœuvre d'Ulmsten ou TVT

- Avec une pince pour évaluer l'hyper-mobilité de l'urètre.
- Elle restaure un soutien du tiers moyen de l'urètre. (BSU)
- Elle est dite positive si elle fait disparaître la fuite à l'effort.



Manœuvre TVT

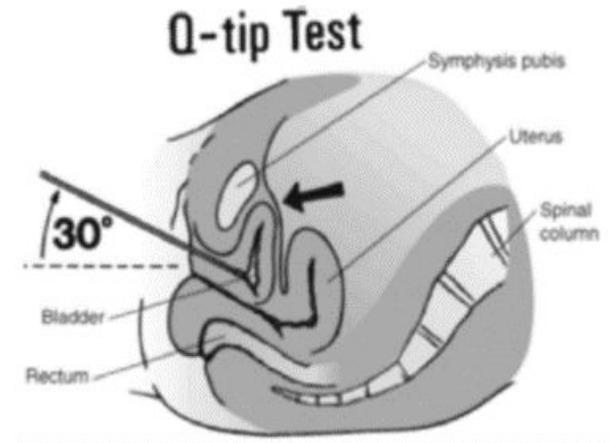


1/ Examen urologique :

b) Évaluer la mobilité urétrale :

❖ Q-Tip test (test du coton-tige) :

- Patiente en position gynécologique, un coton-tige stérile est introduit dans l'urètre.
- Permet une évaluation de la mobilité urétrale, par la mesure de l'angle entre le coton-tige au repos et à la manœuvre de Valsalva.
- **Un angle $> 30^\circ$** est un élément objectif permettant de parler d'**hypermobilité urétrale**.



1/ Examen urologique :

c) Évaluer la sévérité de l'incontinence urinaire :

❖ **Le pad-test (test de pesée de couche) :**

- Mesure qualitative et quantitative de la perte d'urines.
- Ça consiste à **peser des garnitures avant et après des exercices imposés.**

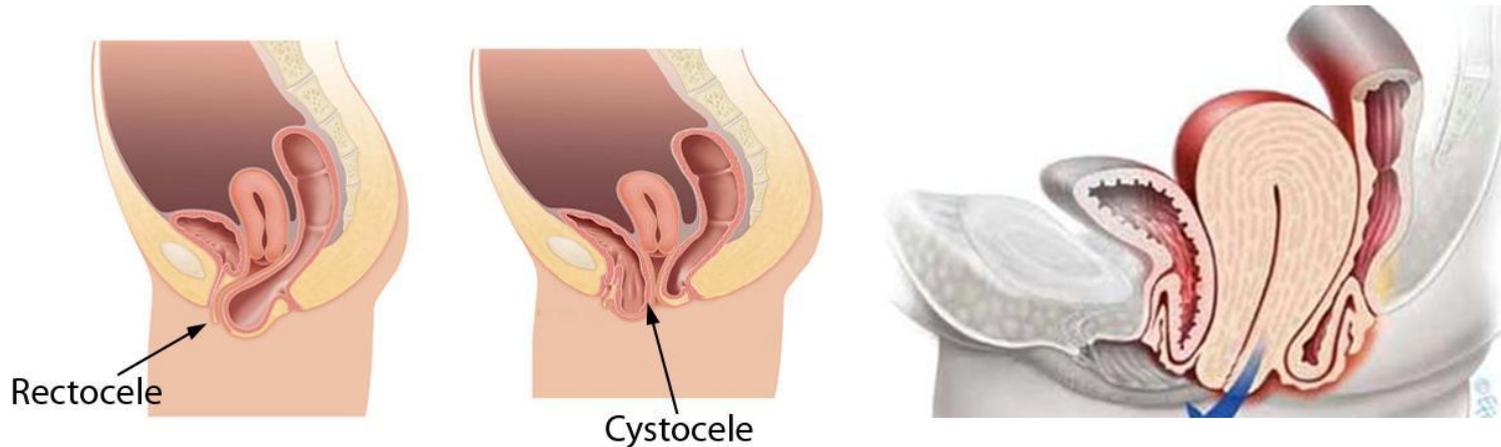
1/ Examen urologique :

- ❖ Les **fuites permanentes, insensibles**, non précédées de besoin, non liées à l'effort doivent faire éliminer un **abouchement ectopique de l'uretère** et rechercher une **fistule vésico-vaginale** en présence d'antécédents évocateurs (chirurgie, accouchement difficile, radiothérapie) qui sera confirmée cliniquement par un test au bleu de méthylène.

2/ Examen gynécologique :

(Examen au spéculum et à la valve vaginale + Toucher pelvien)

- Apprécier la trophicité vulvo-vaginale (statut hormonal).
- Identifier d'éventuels éléments prolabés dans le vagin => permet de révéler une IU masquée par le prolapsus.

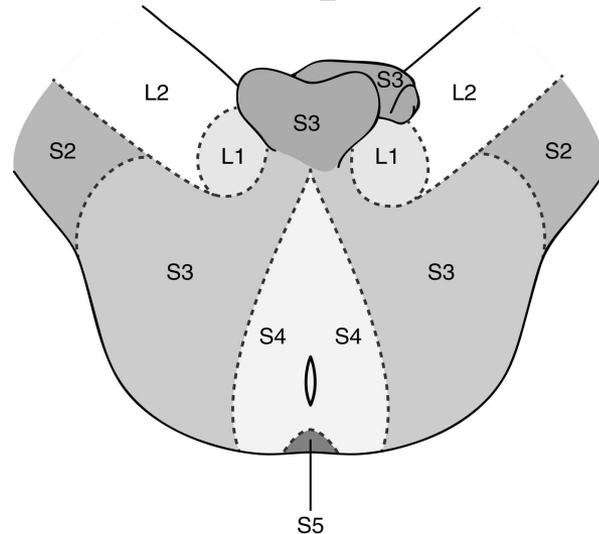


3/ Examen neurologique du périnée :

a) *Étude de la sensibilité du périnée :*

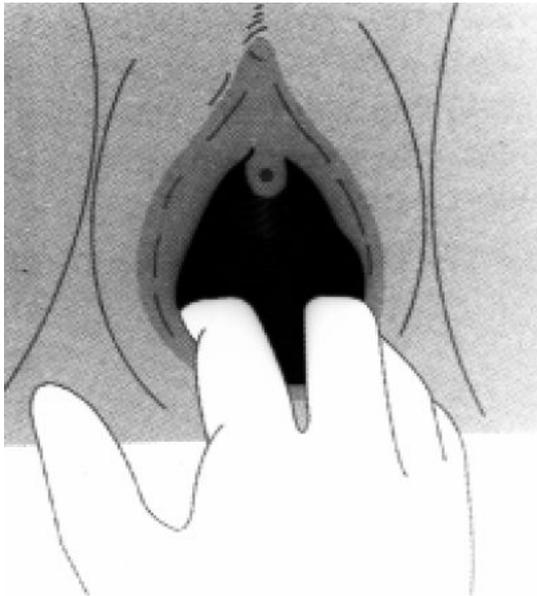
- Pique / touche : distinguer la pique du contact simple.
- Chaud / Froid : Sensibilité thermique.

b) *Étude des réflexes du périnée :* bulbo-caverneux (♂), clitorido-anal(♀). Racine correspondante S3.



3/ Examen neurologique du périnée :

c) Apprécier la qualité des releveurs d'effectuer un testing musculaire en quantifiant la contraction musculaire.



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

VII. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le diagnostic d'une IU est avant tout clinique. Les examens complémentaires permettent :

- d'éliminer une cause d'irritation vésicale : *Bandelette urinaire +/- ECBU, cytologie urinaire, échographie de l'appareil urinaire, cystoscopie...*
- de confirmer une insuffisance sphinctérienne ou une hyperactivité détrusorienne : *Bilan urodynamique (BUD)* : comportera :
 - **La cystomanométrie** : permet de mesurer la capacité vésicale, d'étudier la compliance vésicale et de rechercher des **contractions non inhibées du Détrusor** signe d'hyperactivité détrusorienne.
 - **L'urétro-manométrie (Profil urétral)** : permet de confirmer l'insuffisance sphinctérienne.

VIII. TRAITEMENT

Moyens thérapeutiques

- Rééducation périnéale
- TRT médicamenteux
- TRT chirurgical

1/ Rééducation périnéo-sphinctérienne

- La rééducation est proposée en première intention (10 à 20 séances).
- Il existe plusieurs techniques de rééducation.
 - Les exercices du plancher pelvien.
 - Le biofeedback instrumental.
 - L'électrostimulation fonctionnelle.



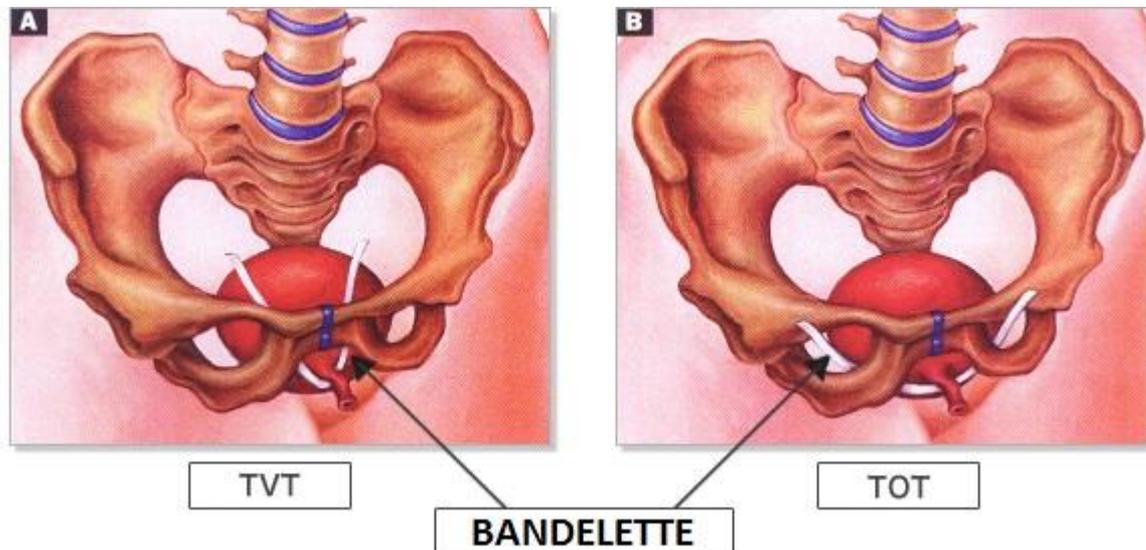
2/ Traitement médicamenteux

- Dans l'IUU => en 1^{ère} intention les **anticholinergiques**.
 - **Les B 3 Agonistes : Le Mirabégron.**
- En cas d'atrophie vaginale (FDR) => œstrogénothérapie locale (Colpotrophine[®]).

3/ Traitement chirurgical

- En cas **d'IUE par hyper-mobilité urétrale**, une bandelette sous-urétrale synthétique est proposée.

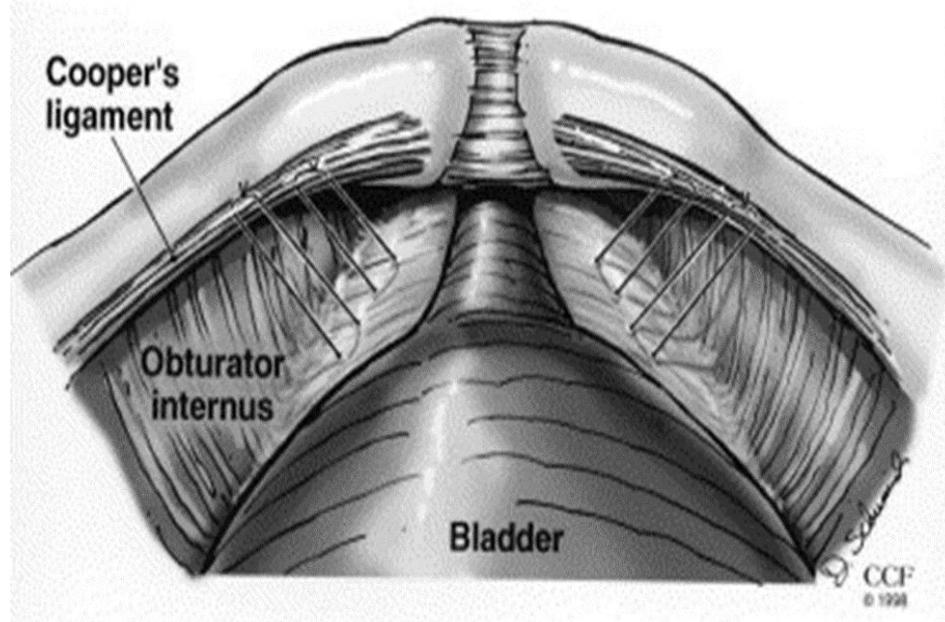
« La manœuvre de soutènement de l'urètre moyen, si elle est positive (disparition des fuites) est prédictive d'un bon résultat chirurgical de la bandelette ».



3/ Traitement chirurgical

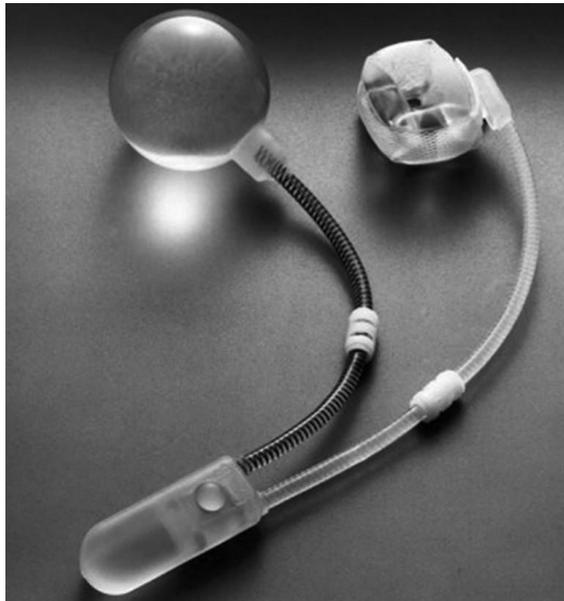
- En cas d'IUE par hyper-mobilité urétrale :

La colpo-suspension type Burch

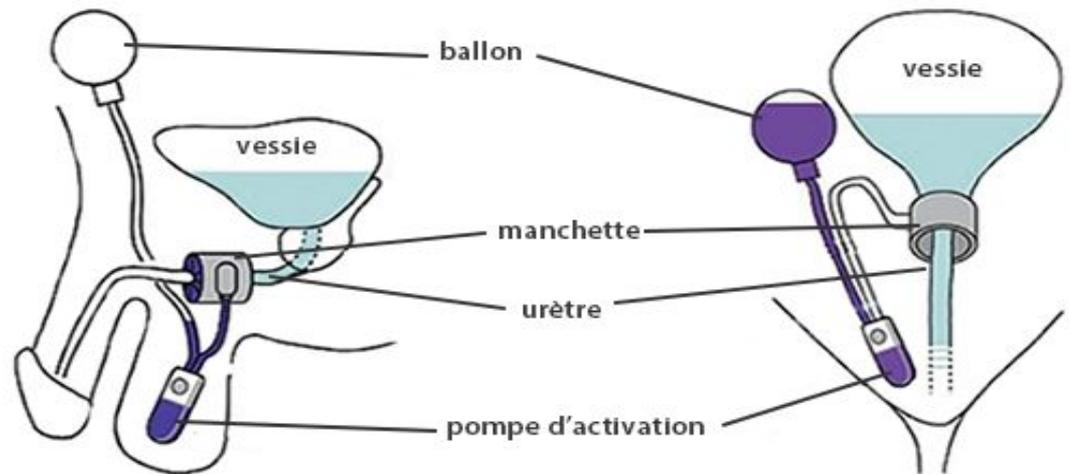


3/ Traitement chirurgical

- En cas d'IUE par insuffisance sphinctérienne et de manœuvre TVT négative, le sphincter urinaire artificiel est le traitement de référence.



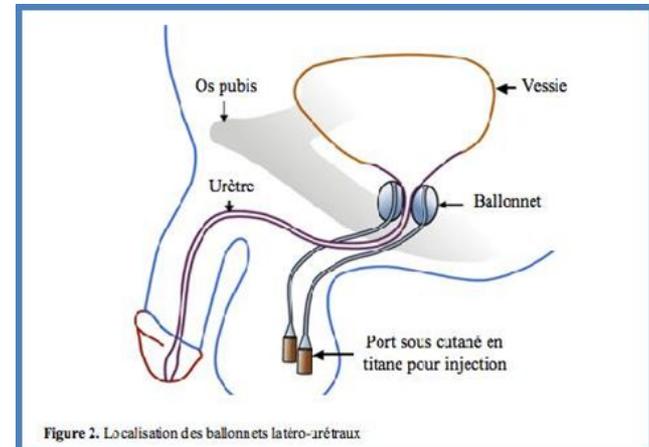
Implantation d'un sphincter artificiel chez l'homme (gauche) et chez la femme (droite)



3/ Traitement chirurgical

- Il existe également des dispositifs mini-invasifs lorsque l'IU est modérée :

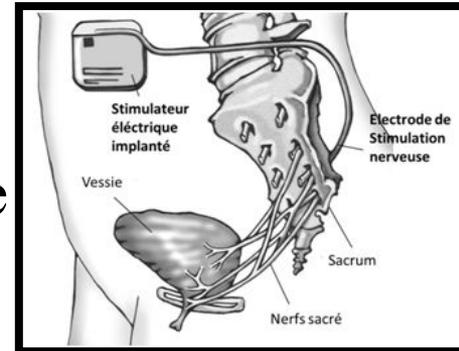
□ Les ballons péri-urétraux (Ballons Pro ACT®)



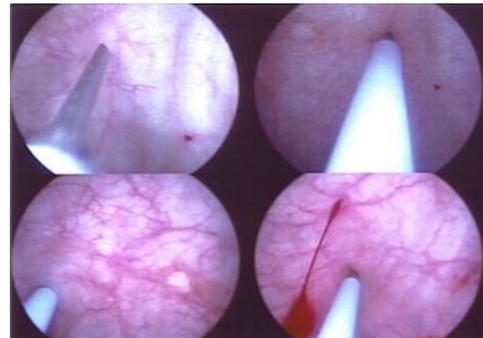
3/ Traitement chirurgical

❖ En cas d'IU par hyperactivité de vessie réfractaire au traitement médicamenteux par anticholinergiques :

□ La neuromodulation sacrée : implantation d'une électrode de stimulation en regard de la racine sacrée S3.

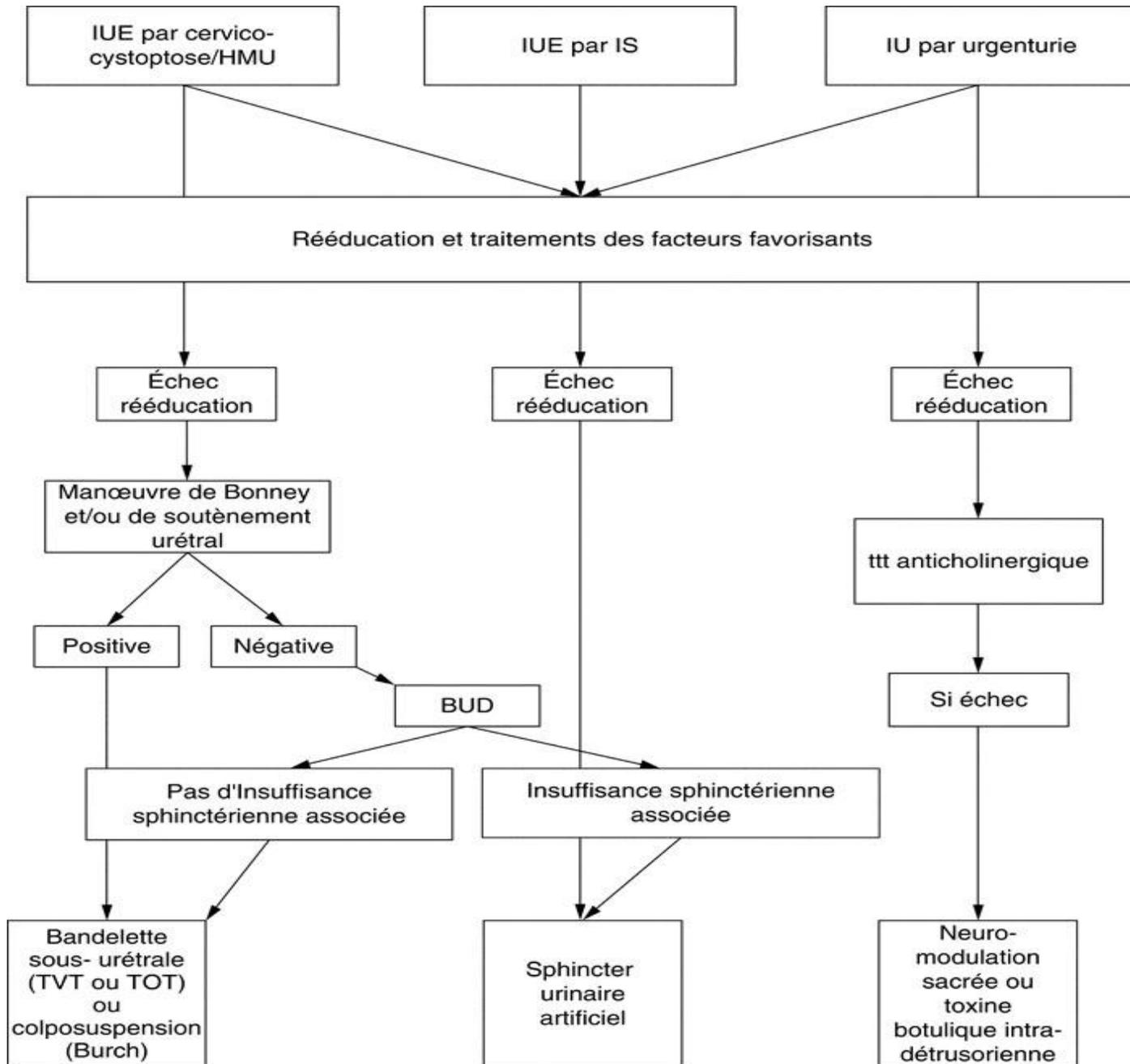


□ L'injection intra-détrusorienne de **toxine botulique A**.



Indications thérapeutiques

Arbre thérapeutique



IX. INCONTINENCE DE L'HOMME

- Les causes d'IU chez l'homme sont souvent liées à un contexte particulier :

- **Chirurgie de l'HBP (Après RTUP ou AVH) : IU par IS ou urgenturies.**
- **Chirurgie du cancer de la prostate (Prostatectomie totale) : IU par IS.**
- **Traumatisme pelvi-périnéal (Fractures du bassin avec lésion de l'urètre) : IU par IS.**
- **Chirurgie pelvienne carcinologique (cancer de vessie, rectum) :
Dénervation périphérique ± lésion sphinctérienne : IUE par IS.**
- **Radiothérapie pelvienne (cystite radique) : IUU avec capacité vésicale réduite et trouble de la compliance.**
- **Causes neurologiques.**
- **Hyperactivité vésicale.**

MERCI