



Incontinence urinaire chez la femme : prise en charge en médecine de premier recours



Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 2569-74

A. Gonthier
O. Pasche
C. Achtari
P. Jichlinski
J. Cornuz

Drs Ariane Gonthier et Olivier Pasche
Pr Jacques Cornuz
PMU
Dr Chahin Achtari
Service de gynécologie et obstétrique
Pr Patrice Jichlinski
Service d'urologie
CHUV, 1011 Lausanne
ariane.gonthier@chuv.ch
olivier.pasche@hospvd.ch
chahin.achtari@chuv.ch
patrice.jichlinski@chuv.ch
jacques.cornuz@chuv.ch

Urinary incontinence in women : management in primary care

Urinary incontinence in women is a largely under-evaluated problem that affects nearly one out of two adult women. Even though its pathophysiology is complex and its etiologies are multiple (and often intricate), urodynamic investigations are not considered necessary before starting a conservative therapy, which can be initiated by the primary care physician. Conservative management is based upon lifestyle modifications, specialized physiotherapy, and in certain cases medication. In the case of insufficient response after three months, the patient should be recommended to a specialist who can evaluate the need for a surgical procedure.

L'incontinence urinaire féminine est un problème largement sous-évalué, qui touche près d'une femme sur deux à l'âge adulte. Bien que sa physiopathologie soit complexe et ses étiologies multiples (et souvent intriquées), la majorité des situations peuvent être prises en charge par le médecin de premier recours. En-dehors de certaines situations spécifiques, le seul examen nécessaire avant de proposer un traitement conservateur est un stix urinaire. La prise en charge conservatrice repose sur des modifications de l'hygiène de vie, une physiothérapie spécialisée et, dans certains cas, un traitement médicamenteux. En cas de réponse insuffisante après trois mois, il est justifié d'adresser la patiente à un spécialiste, qui évaluera l'indication à une prise en charge chirurgicale.

INTRODUCTION

L'incontinence urinaire est un problème largement sous-évalué en pratique clinique. Sa prévalence chez la femme s'élève jusqu'à près de 50% à l'âge adulte, selon des études transversales.¹ La majorité des patientes concernées n'en parlent pas spontanément à leur médecin, soit par pudeur, soit parce qu'elles pensent qu'il n'existe pas de traitement.¹ La physiopathologie de l'incontinence urinaire est complexe et incomplètement élucidée. Les étiologies peuvent être multiples et souvent intriquées. Nous considérons néanmoins que la majorité des situations peuvent être prises en charge initialement par le médecin de premier recours, qui adressera au spécialiste les situations complexes ou les échecs du traitement conservateur.³⁻⁷

Cet article fait le point sur cette situation clinique fréquente et les options de prise en charge par le médecin non spécialiste. A noter que l'incontinence urinaire chez la patiente démentie ou très âgée est un problème spécifique, qui n'est pas traité dans ce document.⁸

DÉFINITION ET CLASSIFICATION

L'incontinence urinaire est définie par l'*International continence society* comme «toute plainte de perte d'urine involontaire». Il importe de préciser la fréquence et l'importance des épisodes, ainsi que les éventuelles répercussions négatives sur le plan hygiénique ou social. Il faut distinguer l'incontinence de l'urgence mictionnelle, qui n'est accompagnée d'incontinence que dans une minorité des cas. Il s'agit d'un problème fréquent pour lequel plusieurs synonymes sont utilisés invariablement : *vessie hyperactive*, ou *vessie instable*, ou *hyperactivité du détrusor*.

La classification symptomatique est synthétisée dans le **tableau 1**. D'autres formes, telles par exemple qu'une incontinence urinaire totale sur fistule ou urètre ectopique, sont très rares. A noter que le terme *vessie neurogène* est désuet ; il se réfère à une incontinence urinaire d'origine neurologique et peut correspondre au type *urgence* ou au type *regorgement*, selon la localisation de la lésion neurologique.



Tableau 1. Classification symptomatique de l'incontinence urinaire

Incontinence de type urgence

- Urgences mictionnelles (besoin soudain et impérieux d'uriner, difficile à différer) accompagnées de perte d'une quantité plus ou moins importante d'urine
- Souvent accompagnée de pollakiurie et de nycturie
- Liée à une hyperactivité du détrusor: multiples étiologies possibles, le plus souvent idiopathique

Incontinence de type stress

- Perte de petites quantités d'urine lors d'augmentation de la pression intra-abdominale: effort, éternuement, rire, toux ou simplement station debout
- Généralement secondaire à une laxité des ligaments pubo-urétraux et de la paroi antérieure du vagin (grossesses, accouchements) et/ou un déficit intrinsèque du sphincter urétral (plus fréquent chez les femmes âgées ménopausées)

Incontinence de type mixte

- Association d'incontinence de type urgence et de type stress (en proportion variable)

Incontinence de type regorgement

- Pertes goutte-à-goutte de façon plus ou moins continue, quotidiennement, liées à une rétention urinaire (globe vésical), qui peut être secondaire à des antécédents de chirurgie/radiothérapie pelvienne, ou à une atteinte neurologique suprasacrée
- A soupçonner aussi en cas d'infections urinaires à répétition, ou d'aggravation sous traitement antimuscarinique

DÉMARCHE CLINIQUE

La question de la détection précoce de l'incontinence urinaire reste ouverte. Certaines autorités préconisent que la question de l'incontinence soit abordée avec toute femme ayant eu des enfants ainsi que toute femme de plus de 65 ans.^{9,10} Le faible taux actuel de détection de cette affection, de même que sa forte prévalence, sont des éléments qui devraient encourager les praticiens à augmenter leur vigilance quant à cette situation.

A l'anamnèse, on cherchera :

- la présence de médicaments favorisant la diurèse (diurétiques), la relaxation du sphincter de l'urètre (alphanbloquants), ou une rétention urinaire, tels que les anticholinergiques, les adrénérgiques (alpha- ou bêta-agonistes), les anticalciques, les antihistaminiques et les antiparkinsoniens, ainsi que la prise d'antidépresseurs, de neuroleptiques, de sédatifs ou d'opiacés, également associés à la survenue d'incontinence. L'importance du rôle de ces différentes classes médicamenteuses dans la survenue d'une incontinence urinaire n'est toutefois pas définie avec précision.
- Des antécédents gynécologiques, tels que parité, accouchement par voie basse, opération ou radiothérapie pelvienne.
- La présence d'une polyurie, évocatrice d'une cause métabolique (diabète sucré, hypercalcémie).
- Des symptômes d'inflammation locale – dysurie, algurie, pollakiurie – qui évoquent en premier lieu une infection urinaire.
- Une hématurie, qui doit faire soupçonner une tumeur

urothéliale de la vessie (dont la fréquence semble en augmentation, en particulier chez les fumeuses actives ou... passives!), ou une lithiase.

- Des troubles sexuels ou rectaux (incontinence anale), parfois associés à l'incontinence urinaire.

A l'examen clinique, il faut rechercher des troubles neurologiques (évoquant une démence, un AVC, une sclérose en plaques ou une neuropathie périphérique), ainsi qu'un globe vésical, une masse ou des douleurs pelviennes et, au toucher rectal, un fécalome ou une masse rectale. Enfin, au status pelvien, selon son expertise clinique, le praticien cherchera une atrophie vaginale ou un prolapsus vaginal. Si le médecin de premier recours ne pratique pas cet examen, il peut instaurer un traitement empirique sans attendre les résultats d'une consultation gynécologique.

INVESTIGATIONS

Un diagnostic clinique basé sur la classification symptomatique est suffisant pour débiter un traitement conservateur. Quelques questions (tableau 2) permettent de caractériser le type d'incontinence, à l'exception de l'incontinence par regorgement.¹¹

Des investigations spécialisées (ultrason vésical, cystoscopie, examens urodynamiques) ne sont pas nécessaires en première intention, mais réservées à certaines indications spécifiques :

- un ultrason vésical avec résidu postmictionnel doit être réalisé chez les patientes qui présentent une histoire suggérant une rétention urinaire: symptômes d'incontinence par regorgement, antécédents de chirurgie/radiothérapie pelvienne, atteinte neurologique suprasacrée, infections urinaires à répétition, ou en cas d'aggravation sous traitement antimuscarinique. Certains experts le recommandent en première intention, mais en pratique, l'obstruction est rare chez la femme, contrairement à la situation chez l'homme.
- En cas de douleur pelvienne et/ou d'hématurie (en l'absence d'infection urinaire), une cytologie urinaire et une cystoscopie sont indiquées.
- Les examens urodynamiques sont utiles pour préciser le mécanisme physiopathologique, ce qui n'est indispensable que lorsqu'une intervention invasive est envisagée.

Il est par contre toujours nécessaire de réaliser un stix urinaire, qui permet de rechercher des signes d'infection

Tableau 2. Trois questions permettant de classier l'incontinence urinaire féminine

Durant les trois derniers mois, dans quelles circonstances avez-vous perdu de l'urine le plus souvent ?

Incontinence de type urgence

Vous n'avez pas pu atteindre les toilettes assez vite alors que vous ressentiez un besoin urgent d'uriner

Incontinence de type stress

Durant une activité telle que tousser, éternuer, soulever une charge, ou un effort physique

Incontinence de type mixte

A peu près aussi souvent dans un cas que dans l'autre



urinaire (à traiter le cas échéant), ainsi qu'une hématurie, qui doit faire soupçonner un processus néoplasique. En cas de rétention urinaire, il est probablement utile de doser le taux de créatinine et, en cas de polyurie, le glucose et le calcium. En présence d'une incontinence fécale associée,¹² un déficit en vitamine B₁₂ doit être recherché.

Un calendrier mictionnel sur trois jours¹³ peut être proposé afin de connaître la fréquence et le volume des mictions et des fuites ainsi que le type de fuite (stress ou urgence). Bien qu'il ne soit pas toujours rempli par les patientes, du fait de son aspect rébarbatif, le calendrier mictionnel constitue un outil indispensable lors du traitement de physiothérapie urogénitale, et serait idéalement à répéter après traitement pour évaluer l'efficacité de la prise en charge.

Les indications à référer d'emblée la patiente au spécialiste sont les suivantes: palpation d'un globe vésical, suspicion d'une origine neurologique, douleur ou masse pelvienne, hématurie (en dehors d'une infection urinaire), antécédents de chirurgie ou radiothérapie pelvienne, prolapsus vaginal sévère (visible à l'entrée du vagin), incontinence fécale associée.

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT (figure 1)

La prise en charge conservatrice repose sur des modifications de l'hygiène de vie, une physiothérapie spécialisée, et dans certains cas un traitement médicamenteux. On ne dispose pas d'étude sur l'efficacité d'un traitement conservateur combiné associant ces trois modalités. Dans les études portant sur divers protocoles de physiothérapie, on note une réduction de la fréquence des épisodes d'incontinence de l'ordre de 60%. Au moins trois femmes sur quatre y trouvent une amélioration satisfaisante de leur incontinence alors que seule une minorité se considère comme véritablement «guérie».¹³⁻¹⁹

Il est recommandé de commencer par un traitement conservateur durant trois mois, tout en signalant à la patiente qu'en cas de réponse insuffisante, il existe également des possibilités de prise en charge chirurgicale.

Les modifications de l'hygiène de vie à recommander sont les suivantes (tableau 3):

- limiter les apports de liquide à 2 l/jour.
- Eviter la caféine (café et thé), l'alcool, le tabac.
- Encourager l'activité physique,²⁰ et la perte de poids si nécessaire (IMC > 30 kg/m²).
- Traiter l'éventuelle constipation chronique.
- Réévaluer l'indication des médicaments connus pour favoriser l'incontinence et, si possible, les remplacer par des analogues ne présentant pas cet inconvénient.

La physiothérapie doit être proposée systématiquement en première intention. Elle permet le renforcement du plancher pelvien par des exercices de Kegel (contractions dirigées répétitives des muscles pelviens), complétés si nécessaire par du biofeedback ou de la stimulation électrique en cas de difficulté à identifier la musculature concernée. La physiothérapie devrait également inclure un entraînement vésical, qui consiste à enseigner un espacement progressif de l'intervalle intermictionnel. La liste des physiothérapeutes spécialisés en Romandie est disponible sur le site www.physiovaud.ch.

Le traitement pharmacologique comprend deux types de médicaments: les anticholinergiques (type antimuscarinique) et les œstrogènes vaginaux. Les anticholinergiques ont été démontrés plus efficaces que le placebo pour les urgences mictionnelles (avec ou sans incontinence).²¹ Cependant, bien qu'il s'agisse d'une source fréquente d'inconfort chez la femme, les bénéfices de ces médicaments nous paraissent insuffisants pour recommander leur usage en absence d'incontinence urinaire, c'est-à-dire en présence d'urgences mictionnelles isolées. Il n'y a pas d'argument parlant pour la supériorité d'une molécule sur une autre. Lors de prescription, il faut veiller à informer sur les effets secondaires anticholinergiques: bouche sèche (le plus fréquent), constipation, rétention urinaire, reflux gastro-œsophagien, aggravation de troubles cognitifs. La nouvelle gé-

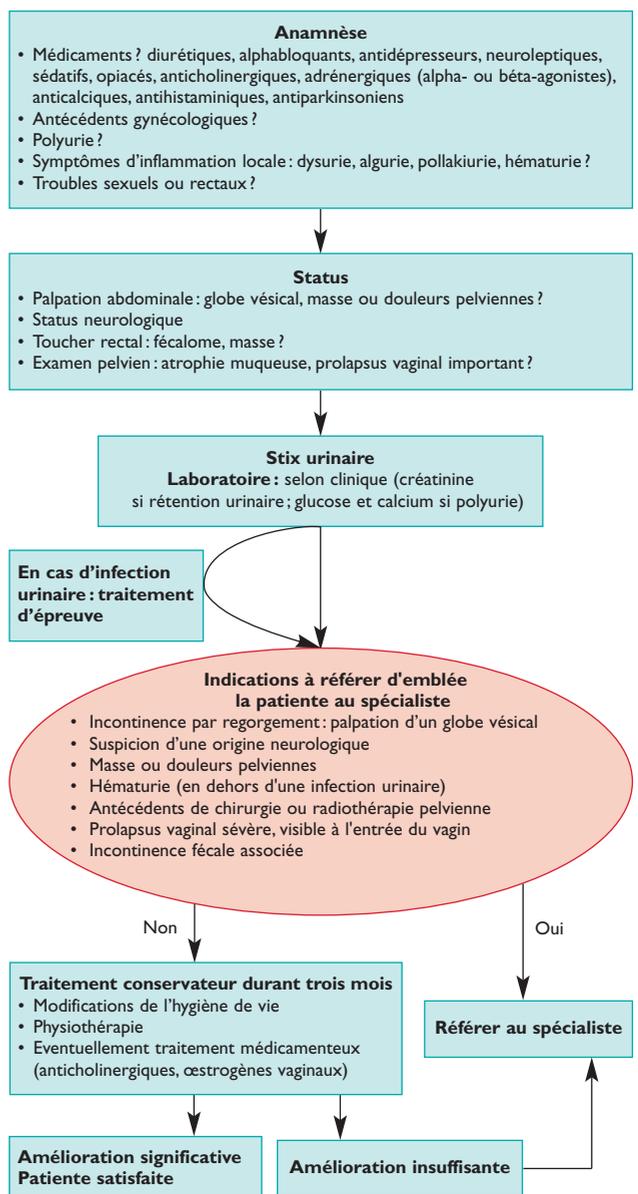


Figure 1. Prise en charge de l'incontinence urinaire féminine en médecine de premier recours



Tableau 3. Informations pour la patiente

(A proposer avec le calendrier mictionnel et la prescription de physiothérapie).

Incontinence urinaire : que pouvez-vous faire ?	Calendrier mictionnel : de quoi s'agit-il ?
S'il vous arrive de perdre involontairement de l'urine, ce qu'on appelle aussi «incontinence urinaire», il faut que vous sachiez qu'il s'agit d'un trouble très fréquent chez les femmes, en particulier après un accouchement ou après la ménopause. Ce n'est cependant pas une fatalité : avec une prise en charge appropriée, la plupart des femmes obtiennent une nette amélioration de ce problème	C'est un carnet d'observation dans lequel vous notez pendant plusieurs jours l'heure à laquelle vous allez uriner (les «mictions»), ainsi que les fuites d'urine et les besoins impérieux. Il vous permettra de mieux cerner le problème, et de mesurer les progrès accomplis durant le traitement
Quelques conseils	Rééducation de la vessie et du périnée
<ul style="list-style-type: none">• Buvez normalement, c'est-à-dire entre un et deux litres par jour. Limiter excessivement les boissons peut être dangereux et n'aide pas votre vessie à retenir l'urine• Évitez la caféine (thé et café), qui augmente le besoin d'uriner, de même que l'alcool et le tabac• Faites de l'exercice, idéalement une demi-heure de marche par jour• Si vous êtes en surpoids, perdre quelques kilos améliorera les troubles urinaires• Évitez la constipation par un régime riche en fibres. Si nécessaire, discutez d'un traitement laxatif avec votre médecin• Remplissez un calendrier mictionnel	Avec l'aide d'un(e) physiothérapeute, vous pouvez apprendre à contracter consciemment les muscles du périnée pour aider la vessie à retenir l'urine. Si vous avez une vessie dite «hyperactive» avec des besoins soudains et incontrôlables d'uriner, le (la) physiothérapeute peut vous enseigner comment vous entraîner à espacer progressivement vos mictions. Le calendrier mictionnel sera alors une aide indispensable

nération comprend la solifénacine, la toltérodine et la darifénacine. Les médicaments de l'ancienne génération tels que l'oxybutynine ou le chlorure de trospium sont certes environ 30% moins chers, mais leurs effets secondaires anticholinergiques sont plus fréquents.

Les données sur l'efficacité des œstrogènes vaginaux²² sont controversées. Un essai thérapeutique se justifie chez la femme ménopausée avec atrophie vaginale, tant pour l'incontinence de stress que d'urgence. Même si leur absorption systémique est minime, ce traitement est formellement contre-indiqué en cas de néoplasie mammaire ou endométriale. Les préparations à disposition sont multiples telles que l'estriol par exemple (en crème ou en ovule), ou encore le promestriène (moins d'absorptions systémiques mais plus cher).

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE

En l'absence d'amélioration après trois mois de traitement conservateur, il est approprié d'adresser la patiente au spécialiste, qui poursuivra les investigations et évaluera l'indication à diverses interventions thérapeutiques.

Pour l'incontinence de stress, il existe de nombreuses options chirurgicales : en dehors de la classique colposuspension selon Burch, d'autres techniques ont été développées telles que la mise en place d'une fronde faciale autologue pubovaginale, ainsi que des techniques de chirurgie minimalement invasive, qui permettent d'insérer une bandelette de soutien urétral par voie vaginale (TVT ou TOT : «Tension-free vaginal tape» ou «Trans obturateur tape»). On peut également proposer une injection de collagène (ou d'un autre agent injectable) périurétrale.²³

En présence d'une incontinence réfractaire de type urgence, il existe diverses options thérapeutiques spéciali-

sées : lavages vésicaux à l'oxybutynine, traitement de toxine botulinique, stimulation des nerfs sacrés, voire une cystoplastie d'augmentation. ■

Implications pratiques

- > Le médecin de premier recours a un rôle à jouer dans le dépistage et la prise en charge initiale de l'incontinence urinaire chez la femme
- > Des investigations spécialisées ne sont pas indispensables avant de débiter un traitement conservateur, qui repose principalement sur la physiothérapie urogénitale et des modifications de l'hygiène de vie
- > Sur le plan médicamenteux, les antimuscariniques se sont révélés supérieurs au placebo dans le traitement de l'incontinence urinaire de type urgence, mais ces médicaments sont chers et nécessitent une prescription à long terme
- > Bien que leur efficacité soit controversée dans la littérature, les œstrogènes vaginaux semblent, selon l'expérience locale, apporter un bénéfice aux patientes ménopausées qui présentent une atrophie vaginale, tant pour l'incontinence d'urgence que de stress
- > On peut d'emblée informer la patiente qu'il existe également diverses options chirurgicales, qui pourront lui être proposées si l'amélioration de l'incontinence est insuffisante après trois mois de traitement conservateur



Bibliographie

- 1 * Shaw C, Das Gupta R, Bushnell DM, et al. The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms. *Fam Pract* 2006;23:497-506.
- 2 * Diokno AC, Sand PK, Macdiarmid S, et al. Perceptions and behaviours of women with bladder control problems. *Fam Pract* 2006;23:568-77.
- 3 Smith PP, McCreery RJ, Appell RA. Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *CMAJ* 2006;175:1233-40.
- 4 American college of obstetrician and gynecologist (ACOG). Practice Bulletin N° 63. Urinary incontinence in women. *Am Fam Physician* 2005;72:75.
- 5 * NICE guidelines on urinary incontinence. Guide-line du «National institute for health and clinical excellence», UK, publiée en octobre 2006 par le National collaborating centre for women's and children's health. Disponible sous: www.nice.org.uk/guidance/CG40/?c=91526
- 6 Kirby M. Managing stress urinary incontinence – a primary care issue. *Int J Clin Pract* 2006;60:184-9.
- 7 * Newman DK. Conservative management of urinary incontinence in women. *Prim Care Update Ob Gyns* 2001;8:153-62.
- 8 Gibbs CF, Johnson TM, Ouslander JG. Office management of geriatric urinary incontinence. *Am J Med* 2007;120:211-20.
- 9 Fantl JA, Newman DK, Coiling J, et al. Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. Rockville, Md: US dept of health and human services, public health service, agency for health care policy and research; 1996. Clinical Practice Guideline n° 2, 1996 Update. AHCPR publication n° 96-082. Disponible sous: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat6.chapter.9995
- 10 DuBeau CE. Clinical presentation and diagnosis of urinary incontinence. *UpToDate*.
- 11 Brown JS, Bradley CS, Subak LL et al. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. *Ann Intern Med* 2006;144:715-23.
- 12 Endo JO, Chen S, Potter JF, et al. Vitamin B₍₁₂₎ deficiency and incontinence: Is there an association? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57:M583-7.
- 13 Tincello DG, Williams KS, Joshi M, et al. Urinary diaries – a comparison of data collected for three days versus seven days. *Obstet Gynecol* 2007;109:277-80.
- 14 Bø K, Talseth T, Home I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999;318:487-93.
- 15 Lagro-Janssen TLM, Debruyne FMJ, Smits AJA, van Weel C. Controlled trial of pelvic floor exercises in the treatment of urinary stress incontinence in general practice. *Br J Gen Pract* 1991;41:445-9.
- 16 Burgio KL, Locher JL, Goode PS, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women. *JAMA* 1998;280:1995-2000.
- 17 Burgio KL, Goode PS, Locher JL, et al. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women. A randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2293-9.
- 18 Subak LL, Quesenberry CP, Posner SF et al. The effect of behavioral therapy on urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2002;100:72-8.
- 19 Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. (Cochrane Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
- 20 Danforth KN, Shah AD, Townsend MK, et al. Physical activity and urinary incontinence among healthy, older women. *Obstet Gynecol* 2007;109:721-7.
- 21 Herbison P, Hay-Smith J, Ellis G, et al. Effectiveness of anticholinergic drugs compared with placebo in the treatment of overactive bladder: Systematic review. *BMJ* 2003;326:841-4.
- 22 DuBeau CE. Estrogen treatment for urinary incontinence: Never, now, or in the future? *JAMA* 2005;293:998.
- 23 Achtari C, Meyer S, De Grandi P. Les produits injectables et leur place dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort. *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau* 2006;46:39-44.

* à lire

** à lire absolument