

Le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme

The treatment of female urinary incontinence

A. Pastijn, M. Caillet, G. Deniz et F. Deneft

Clinique de Périnéologie, C.H.U. Saint-Pierre, Site César De Paepe

RESUME

L'incontinence urinaire n'est plus une fatalité. Le traitement de cette pathologie, qui handicape une grande partie de la population féminine, doit faire partie d'une prise charge globale du périnée. L'âge n'est pas discriminant dans l'apparition d'une incontinence urinaire mais une femme sur 4 sera atteinte au-delà de 65 ans. La place des traitements comportementaux et kinésithérapeutiques est primordiale mais en cas d'échec, la chirurgie offre d'excellents résultats pour l'incontinence urinaire de stress et les médicaments pour l'incontinence urinaire d'urgence.

Dans ce texte, les différentes options thérapeutiques les plus courantes sont discutées.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 229-31

ABSTRACT

Urinary incontinence isn't a fatality anymore. This pathology, which handicaps a large majority of the female population, should be treated in a global approach of the pelvic floor pathologies. Up to 25 % of women over 65 years will suffer from urinary incontinence but age is not a discriminating factor in the appearance of this pathology. Comportemental and physiotherapeutical treatments are primordial. In case of lack of good results, surgery may offer good results in urinary incontinence and pharmacological treatment for urge urinary incontinence. In this text, the most common treatment options will be discussed.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 229-31

Key words : treatment, urinary incontinence, TVT, anticholinergics, physiotherapy

INTRODUCTION

L'incontinence urinaire reste un sujet tabou mais est néanmoins une des pathologies chroniques les plus fréquentes chez la femme : une femme sur 4 au-delà de 65 ans souffre d'incontinence urinaire et cette pathologie a un énorme impact sur la vie sociale et intime. Chez les femmes en maison de repos, la prévalence peut être élevée jusqu'à 77 %¹.

Une incontinence urinaire est définie par une perte involontaire d'urine.

Il y a principalement 2 types d'incontinence urinaire : une incontinence urinaire à l'effort due essentiellement à un problème mécanique de soutien et une incontinence d'urgence qui est plutôt un problème fonctionnel de stockage. Certaines femmes présentent une incontinence de type mixte.

Il est bien connu qu'une plainte d'incontinence

urinaire est rarement isolée. Très souvent, ces plaintes sont associées à d'autres pathologies du périnée et c'est le rôle des médecins d'aborder les autres problèmes rencontrés tels que la constipation ou la dyspareunie et d'offrir une prise charge du périnée de manière intégrale.

Dans cet esprit, le traitement idéal est tout d'abord l'écoute avec une bonne anamnèse. Ceci permettra de lever des tabous, de bien cerner la plainte mais surtout de mettre en route toute une série de mesures hygiéno-diététiques comme la perte de poids, d'éviter la constipation, de boire suffisamment d'eau et d'éviter l'alcool, le café ainsi que le tabac. Un calendrier mictionnel fait partie de la base du traitement de tout type d'incontinence.

Dans le but de présenter une vue structurée du traitement de l'incontinence urinaire, les auteurs ont opté pour une discussion par type d'incontinence.

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT

L'incontinence urinaire n'est pas exclusivement une pathologie de la femme ménopausée. Néanmoins, il faut penser à une **carence hormonale**, car probablement cette atrophie uréthro-vaginale avec diminution de la vascularisation péri-urétrale peut tout au moins aggraver un problème d'incontinence. Il est probable que la sensibilité des récepteurs adrénergiques diminue également après la ménopause².

Après vérification et amélioration des habitudes hygiéno-diététiques et correction d'une éventuelle carence hormonale, la **kinésithérapie** a une place primordiale dans la prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort. Le renforcement du plancher pelvien permet une stabilisation de l'urètre. Ceci peut être obtenu par la méthode des exercices hypopressifs abdominaux ; ceux-ci vont surtout agir sur le tonus de base du plancher pelvien. L'avantage supplémentaire de ces exercices est néanmoins discutable.

Les exercices hyperpressifs se basent plutôt sur le principe de clôture de l'hiatus génital au moment d'un effort.

Sans préjudice de la technique utilisée, le kinésithérapeute corrigera également la position posturale et la bonne utilisation de l'enceinte musculaire abdominale. La technique du *biofeedback* aide la patiente dans la prise de conscience de son périnée^{3,4}.

En cas d'échec de ces techniques, une **chirurgie** réparatrice peut être proposée à la patiente.

Les anciennes techniques reposaient sur la théorie de De Lancey qui présumait que le soutien sous-cervical insuffisant était à l'origine des plaintes. Les corrections telles que les techniques de colposuspension selon Burch et celle de Raz donnaient d'excellents résultats⁵.

En 1993, Petros et Ulmsten ont développé une nouvelle technique basée sur la théorie intégrale. La technique développée au départ était celle du TVT rétropubien (*tension-free vaginal tape* - bandelettes sous-urétrales sans tension), avec des résultats très encourageants et au moins aussi bons que les colposuspensions et des taux de succès jusqu'à 90 % à 5 ans mais avec moins de morbidité chez les patientes qui subissaient une intervention de type TVT⁶⁻⁸.

Depuis, de très nombreuses bandelettes synthétiques ont été mises sur le marché. Actuellement, on utilise des bandelettes de polypropylène, macroporiques en raison de leur bonne tolérance et de leur faible taux d'érosion et d'infection.

Les complications peu fréquentes sont rarement sévères. Une des complications les plus redoutées de la bandelette rétropubienne est la perforation vésicale

peropératoire (8 %)⁷. Afin d'éviter le passage dans l'espace du Retzius, Delorme a développé en 2001 la technique par voie transobturatrice (TOT - *trans-obturator vaginal tape*). Les résultats étant comparables, beaucoup de chirurgiens utilisent cette voie d'abord en première intention. La bandelette rétropubienne resterait plus efficace en présence d'une réelle insuffisance sphinctérienne^{9,10}.

Le développement d'une technique " *inside/out* " (TVT-O - *tension-free vaginal tape-obturator*) permet de limiter la zone de dissection de l'espace paravésical et pourrait ainsi diminuer le risque de glissement de la bandelette et donc le risque de récurrence. Les résultats du TVT rétropubien, TVT-O et TOT sont comparables, mais dans le groupe des TOT on note un taux de récurrence légèrement supérieur^{11,12}.

L'utilisation des mini-bandelettes sans passage à travers le trou obturateur est souhaitable mais actuellement, ces techniques n'offrent toujours pas des résultats d'efficacité comparables et stables^{13,14}.

Les autres traitements comme les **traitements médicamenteux** restent jusqu'à présent peu efficaces. La duloxétine (antidépresseur) augmente la pression du sphincter strié externe mais l'efficacité clinique est décevante. Aucun traitement pharmacologique n'est actuellement accepté par la *Food and Drugs Administration*. Les injections péri-urétrales sont relativement peu étudiées mais peuvent avoir de bons résultats¹⁵. La mise en place d'un sphincter artificiel urétral doit être réservé aux cas résistants à tout autre traitement.

LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'URGENCE

La majorité des femmes ont une incontinence urinaire d'urgence d'origine idiopathique. Il faut néanmoins exclure une origine neurologique comme la sclérose en plaques mais également une simple infection urinaire, un calcul intra-vésical, une lésion polypôïde et le rôle néfaste de certains traitements médicamenteux (par exemple : diurétique).

Dans ce type d'incontinence urinaire, la prise de conscience et une **rééducation comportementale** sont essentielles avec une place primordiale réservée au calendrier mictionnel. On peut noter une amélioration jusqu'à 50 %⁴.

Le kinésithérapeute peut jouer un rôle très important dans cette rééducation comportementale et la prise de conscience du périnée. Son rôle consiste également à (ré)apprendre aux patientes qu'elles peuvent avoir un contrôle sur leur vessie en utilisant certains mécanismes comme par exemple le réflexe de Mahoney⁴.

Parmi les **traitements médicamenteux**, les anticholinergiques sont les plus efficaces.

L'oxybutynine est la médication la plus utilisée et la mieux connue. Son action s'exerce via le blocage de la voie parasympathique avec une inhibition des contractions anarchiques du muscle detrusor. Ceci permet un meilleur remplissage de la vessie. Plus de la moitié des patientes rapportent une amélioration mais 1/3 abandonnent le traitement dans les 6 mois pour différentes raisons : traitement inefficace, effets secondaires, efficacité du traitement comportemental¹⁷.

L'effet secondaire le plus redouté est la sécheresse buccale. Les **autres anticholinergiques** (Toviaz®, Vesicare®, ...) actuellement sur le marché, ont une efficacité clinique comparable à celle de l'oxybutynine mais une diminution significative des effets secondaires. Malheureusement, ils ne sont remboursés par la mutuelle qu'en cas d'atteinte cérébrale ou médullaire haute concomitante à une intolérance à l'oxybutynine.

L'oxybutynine par voie transdermique évite le 1^{er} passage hépatique avec une diminution du métabolite actif sur les glandes salivaires (Kentera®).

Les injections intra-vésicales de toxine botulique seront réservées aux cas résistants aux traitements anticholinergiques¹⁸.

La neurostimulation sacrée est réservée aux cas résistants à tout autre traitement. Son mode d'action est peu connu¹⁶.

CONCLUSION

L'incontinence urinaire n'est plus une fatalité. La prise en charge de cette pathologie doit faire partie d'une prise en charge globale du périnée. La place des traitements comportementaux et kinésithérapeutiques est primordiale mais, en cas d'échec, la chirurgie offre d'excellents résultats pour l'incontinence urinaire à l'effort et les anticholinergiques pour l'incontinence urinaire d'urgence.

Une meilleure compréhension de l'anatomie fonctionnelle et neurologique nous aidera très probablement dans le futur pour offrir des traitements plus adaptés à nos patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Saxer S, Halfens RJ, de Bie RA, Dassen T : Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after 6, 12 and 24 months. *J Clin Nurs* 2008 ; 17 : 2490-6
2. Gamé X, Rischmann P, Arnal JF, Malavaud B : Role of estrogens in lower urinary tract physiology and pathophysiology. *Prog Urol* 2013 ; 23 : 502-10
3. Dumoulin C, Martin C, Elliott V *et al.* : Randomized controlled trial of physiotherapy for postpartum stress incontinence : 7-year follow-up. *Neurourol Urodyn* 2013 ; 32 : 449-54

4. Rai BP, Cody JD, Alhasso A, Stewart L : Anticholinergic drugs versus non-drug active therapies for non-neurogenic overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 12 : 12
5. Wei JT, De Lancey JO : Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clin Obstet Gynecol* 2004 ; 47 : 3-17
6. Ward KL, Hilton P : Tension-free vaginal tape versus colposuspension for primary urodynamic stress incontinence : 5-year follow up. *UK and Ireland TVT Trial Group BJOG* 2008 ; 115 : 226-33
7. El-Barky E, El-Shazly A, El-Wahab OA, Kehinde EO, Al-Hunayan A, Al-Awadi KA : Tension free vaginal tape versus Burch colposuspension for treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urol Nephrol* 2005 ; 37 : 277-81
8. Petros PE, Ulmsten UI : An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1993 ; 153 : 1-93
9. Delorme E : Transobturator urethral suspension : mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urol* 2001 ; 11 : 1306-13
10. Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A *et al.* : Effectiveness of tension-free vaginal tape compared with transobturator tape in women with stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency : a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008 ; 112 : 1253-61
11. de Leval J, Waltregny D : New surgical technique for treatment of stress urinary incontinence. *Surg Technol Int* 2005 ; 14 : 212-21
12. Betschart C, Scheiner D, Hess E, Seifert B, Fink D, Perucchini D : Patient satisfaction after retropubic and transobturator slings : first assessment using the Incontinence Outcome Questionnaire (IOQ). *Int Urogynecol J* 2011 ; 22 : 805-12
13. Cornu JN, Sèbe P, Peyrat L, Ciofu C, Cussenot O, Haab F : Midterm prospective evaluation of TVT-Secur reveals high failure rate. *Eur Urol* 2010 ; 58 : 157-61
14. Cornu JN, Peyrat L, Skurnik A, Ciofu C, Lucente VR, Haab F : Ajust single incision transobturator sling procedure for stress urinary incontinence : results after 1-year follow-up. *Int Urogynecol J* 2012 ; 23 : 1265-70
15. Hersh L, Salzman B : Clinical management of urinary incontinence in women. *Am Fam Physician* 2013 ; 87 : 634-40
16. Amend B, Matzel KE, Abrams P, de Groat WC, Sievert KD : How does neuromodulation work. *Neurourol Urodyn* 2011 ; 30 : 762-5
17. Geoffrion R : Treatments for overactive bladder : focus on pharmacotherapy. *J Obstet Gynaecol Can* 2012 ; 34 : 1092-101
18. Buser N, Ivic S, Kessler TM, Kessels AG, Bachmann LM : Efficacy and adverse events of antimuscarinics for treating overactive bladder : network meta-analyses. *Eur Urol* 2012 ; 62 : 1040-60
19. Schurch B, Stöhrer M, Kramer G, Schmid DM, Gaul G, Hauri D : Botulinum-A toxin for treating detrusor hyperreflexia in spinal cord injured patients : a new alternative to anticholinergic drugs ? Preliminary results. *J Urol* 2000 ; 164 : 692-7

Correspondance et tirés à part :

A. PASTIJN
C.H.U. Saint-Pierre, Site César De Paepe
Clinique de Périnéologie
Rue des Alexiens 11
1000 Bruxelles
E-mail : ann_pastijn@stpierre-bru.be

Travail reçu le 12 juillet 2013 ; accepté dans sa version définitive le 12 juillet 2013.