

INCONTINENCE URINAIRE

L'incontinence urinaire consiste en la perte involontaire et incontrôlable d'urine par les voies naturelles. Elle n'a rien voir avec la « descente d'organe » (bien qu'elle puisse y être associée), sujet dont on parle ailleurs dans ce site.

Il s'agit d'un phénomène fréquent, touchant de loin le plus souvent la femme et constituant un handicap parfois majeur. L'incontinence de l'homme étant beaucoup plus rare et le plus souvent post-chirurgicale, elle sera traitée dans un autre chapitre de ce site : Traitement du cancer de la prostate.

Elle est souvent occultée, par crainte d'en parler le plus souvent ou par des patientes qui croient qu'il est normal de perdre les urines à partir d'un certain âge.

Le mécanisme n'est pas toujours univoque et souvent intriqué, et son analyse précise conditionne le traitement.

Types d'incontinence

Incontinence urinaire à l'effort

C'est le cas le plus fréquent ; les fuites d'urine surviennent lors des efforts (toux, éternuement, port de charges lourdes, marche, sport...).

Elles obligent la patiente à se protéger le plus souvent, mais aussi parfois à restreindre son activité physique et ses apports en eau.

Incontinence par impériosité

Il s'agit de fuites urinaires qui sont le plus souvent précédées d'un besoin, en dehors de tout effort et qui peuvent se répéter plusieurs fois par jour, voire la nuit.

Incontinence mixte

Il s'agit d'un cas de figure non exceptionnel qui associe les deux tableaux décrits ci-dessus et où il est parfois difficile de faire la part des choses, ce qui est cependant fondamental car l'analyse exacte de la situation conditionne le traitement proposé.

Les causes de l'incontinence

Elles sont multiples, dominées par les causes obstétricales (accouchements, nombre de grossesses) Le traumatisme de l'accouchement est le facteur le plus souvent responsable, parfois très à distance de l'accouchement. Il se produit souvent à cette occasion des déchirures des muscles qui assurent en temps normal le soutien des différents organes pelviens. Ces lésions des tissus du petit bassin peuvent survenir alors même qu'aucun traumatisme ne s'est produit durant l'accouchement.

D'autres facteurs peuvent être pris en compte :

- Des effets du vieillissement des tissus, avec notamment la réduction de la musculature qui intéresse également les muscles du périnée ;
- De certains facteurs d'augmentation anormale, brutale et importante, de la pression intra abdominale comme on peut en observer dans la pratique de certains sports (jogging, tennis...) ou à l'occasion de troubles du transit intestinal (constipation notamment)

Tous ces phénomènes sont souvent aggravés lors de la période péri et post ménopausique du fait de la carence hormonale.

Il y a aussi parfois des facteurs constitutionnels probables, certaines incontinenes à l'effort survenant chez la femme jeune sans enfant.

Le diagnostic et les examens que l'on pratique le plus souvent

D'emblée, le simple interrogatoire et l'examen clinique permettent le plus souvent d'avoir une idée assez précise du type et du mécanisme de l'incontinence.

A partir de là, l'on est souvent amené à demander les examens suivants, dans le but d'affiner l'analyse de la situation et de proposer le traitement qui semble le plus adapté :

Le bilan urodynamique

Il s'agit d'un bilan fait au cabinet de l'urologue, qui consiste à introduire dans la vessie une petite sonde munie de capteurs de pression reliés à un appareil qui analyse informatiquement les données du comportement de la vessie et du canal de l'urètre (sphincter) lors du remplissage de l'organe par de l'eau stérile. Il constitue un facteur essentiel de l'analyse de la situation et une aide précieuse au choix thérapeutique.

Le catalogue mictionnel

Il n'est pas systématique mais souvent demandé aux patientes qui se plaignent d'uriner trop fréquemment avec fuites. Très simple à réaliser, il consiste à faire noter par la patiente pendant un ou deux jours l'heure et la quantité de chaque miction. Il donne de précieux renseignements sur le

niveau du handicap.

La cystoscopie

Il s'agit d'un examen réalisé sous anesthésie locale, non systématique non plus, qui consiste à regarder dans la vessie avec un petit appareil optique de façon à vérifier l'absence d'anomalies de la vessie susceptibles d'entretenir ou d'aggraver une incontinence.

L'échographie des organes génitaux et urinaires est parfois demandée en complément.

Les traitements

Tout d'abord il ne faut pas traiter tout le monde systématiquement. Une part non négligeable des patientes qui consultent pour incontinence, se jugent peu gênées par leur situation et souhaitent simplement faire le point. Il ne faut donc traiter que les patientes qui ressentent une gêne significative et souhaitent une solution.

De l'incontinence urinaire à l'effort

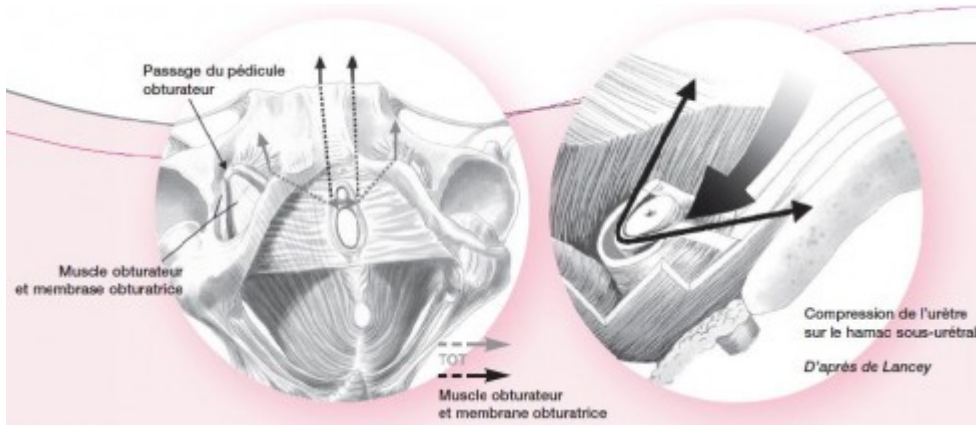
La rééducation

Si elle est modérée, l'on peut tenter une rééducation chez un kinésithérapeute spécialisé. Au prix d'une vingtaine de séances, l'on obtient une amélioration significative chez environ 50% des patientes (Rééducation périnéale Résultats à propos d'une série de 280 patientes J. SENGLER (1), M. PETER (1), F. JURASCHECK (2), E. JURAS CHECK (2), D. GROSSE (1) 1) Service de Rééducation, (2) Service d'Urologie, Centre Hospitalier, F 68070 Mulhouse.). Elle permet de toute façon d'acquérir de bons réflexes au niveau du plancher pelvien, ce qui reste toujours utile dans l'avenir. Elle se pratique avec une petite sonde vaginale reliée à un appareil informatique qui permet de juger des progrès réalisés sur un écran et s'associe le plus souvent à une électrostimulation.

La chirurgie

Elle est réservée aux cas d'incontinence importante ou mal vécue et aux échecs de la rééducation. Il y a encore peu de temps, la chirurgie ne donnait qu'environ 60% de bons résultats dans les meilleurs cas, mais elle a été révolutionnée au début des années 2000 par l'apparition de la technique dite de la bandelette qui permet d'obtenir près de 90% de bons résultats. Il s'agit d'une bandelette synthétique posée sous le canal de l'urètre par de minimes incisions vaginale et périnéales (ou sus pubiennes, selon les habitudes du chirurgien et les résultats du bilan urodynamique), intervention qui se pratique habituellement en chirurgie ambulatoire.

Pour les rares échecs de la bandelette ou certaines incontinenances plus graves d'autres techniques sont parfois proposées, pouvant aller jusqu'à la pose de prothèse hydrauliques complexes (sphincter artificiel).



(Cliquez sur l'image pour l'agrandir)

De l'incontinence par impériosités

Le plus souvent, l'on tente de calmer le comportement anarchique de la vessie par la prescription de médicaments spécifiques parfois associés à la prescription d'une rééducation.

En cas d'échec ou d'insuffisance de résultats, l'on peut être amené à envisager des techniques invasives dont le but est le même, c'est-à-dire normaliser le comportement désordonné de la vessie. Il s'agit par exemple de la neuromodulation sacrée, qui consiste en l'implantation d'une électrode de stimulation reliée à un boîtier interne qui régule le fonctionnement vésical. La neuromodulation par stimulation tibiale postérieure est également une voie thérapeutique intéressante.

Certains espoirs également résident en l'injection dans la vessie de toxine botulique.

Ici par contre, la pose d'une bandelette n'est pas indiquée.

De l'incontinence mixte (fuites à l'effort + impériosités)

L'on propose le plus souvent d'essayer de régler le problème de l'incontinence urinaire à l'effort par la mise en place d'une bandelette, mais l'on prévient bien sur la patiente qu'il y a un fort risque de persistance de la composante de fuite par impériosités qui relèvera des traitements décrits ci-dessus. La rééducation doit là encore être privilégiée en première intention.

Il s'agit de toute façon d'un type d'incontinence dont les traitements, mêmes combinés donnent de moins bons résultats qu'une incontinence à l'effort isolée, ce dont la patiente doit être prévenue avant qu'elle ne prenne sa décision.

Rédacteur: Philippe Fiatte