



# L'incontinence urinaire chez la femme – une atteinte fréquente et souvent sévère à la qualité de vie

Gabriel Schär

Frauenklinik, Kantonsspital Aarau

## Quintessenz

- L'incontinence d'effort se manifeste lors d'efforts physiques impliquant une augmentation de la pression intra-abdominale.
- La vessie hyperactive est l'expression d'un trouble du remplissage de la vessie (sensitif ou moteur).
- L'anamnèse, le test de la toux et l'examen clinique constituent les piliers du diagnostic et suffisent souvent pour mettre en route un traitement de fond.
- L'incontinence d'effort se traite par des exercices de tonification du périnée; la gymnastique du plancher pelvien et la rééducation en physiothérapie, assistée par l'électrostimulation et le biofeedback, en font partie.
- En cas d'échec du traitement conservateur, il est possible de procéder à une opération de suspension du col vésical.
- Le traitement de la vessie hyperactive fait appel aux exercices de tonification et de contrôle de la musculature du périnée et sur les médicaments anticholinergiques.

## Summary

### Urinary incontinence in women – a common and often serious quality-of-life problem

- *Stress incontinence occurs during physical activity with increased abdominal pressure.*
- *Bladder overactivity is a problem of bladder filling (sensory and motor).*
- *Patient history, cough test, and physical exam are the basic diagnostic tests and usually serve to determine appropriate therapy.*
- *Patients with stress incontinence are treated by pelvic floor rehabilitation, such as pelvic floor training, electrical stimulation and biofeedback.*
- *If conservative treatment fails, surgery with a sling procedure is appropriate.*
- *Overactive bladder is treated by behavioural training and drug therapy with anticholinergics.*

## Introduction

L'incontinence urinaire est un problème susceptible de perturber considérablement la qualité de vie des patientes. Son incidence chez la femme augmente avec l'âge. Dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans, elle se situe vers 15% et peut atteindre 25% entre 40 et 50 ans. Dans la population gériatrique, près de 60% des femmes sont concernées, alors que l'incontinence urinaire reste un sujet largement tabou et que nous-mêmes, les médecins, avons toujours tendance à négliger l'importance de cette affection. La fréquence de cette affection et son impact sur la qualité de vie des patientes nous obligent pourtant à nous pencher sur le problème, à en maîtriser le diagnostic et la prise en charge et surtout à nous ouvrir à la discussion avec les personnes concernées.

## Formes d'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire doit être considérée comme une maladie lorsque l'émission involontaire d'urine devient un handicap social et constitue un problème d'hygiène pour la patiente. On distingue d'une manière générale 4 formes principales:

- incontinence d'effort (incontinence de stress)
- vessie hyperactive (mictions impérieuses)
- incontinence réflexe
- incontinence par trop-plein ou par regorgement (débordement d'une vessie atone)

L'incontinence d'effort constitue la forme la plus fréquente chez la femme et représente 60% des cas, suivie de la vessie hyperactive (mictions impérieuses), qui rend compte d'environ 10% des cas, et des formes mixtes, associant une incontinence d'effort et des mictions impérieuses et comptant pour environ 20% des cas. L'incontinence réflexe et l'incontinence par regorgement sont plus rares, tout comme les fistules vésicovaginales et les malformations congénitales, pour ne citer que ces deux exemples, qui représentent les 10% restants. Cet article portera essentielle-

ment sur l'incontinence d'effort (de stress) et sur les mictions impérieuses, ainsi que leurs formes mixtes, car c'est à ces tableaux que l'on est le plus souvent confronté dans la pratique quotidienne. On parle d'une incontinence d'effort lorsque la pression intravésicale dépasse la pression qui règne dans l'urètre lors d'un effort physique et entraîne une fuite involontaire d'urine. On entend par vessie hyperactive (mictions impérieuses) la perte involontaire d'urine associée à un besoin impérieux d'uriner.

### Incontinence d'effort

Les symptômes typiques de l'incontinence d'effort sont les suivants: pertes d'urine en toussant, en éternuant et en riant, lors du port de charges lourdes, de la montée d'escaliers ou de course à pied. Ces situations s'accompagnent d'une forte augmentation de la pression dans la vessie, contre laquelle les mécanismes de fermeture de l'urètre ne parviennent pas à opposer une force suffisante pour empêcher la fuite de l'urine.

L'étiologie de l'incontinence d'effort est multifactorielle. Les accouchements peuvent provoquer des lésions structurelles des tissus musculaires et des tissus de soutien péri-urétraux. Des changements hormonaux, comme par exemple ceux qui surviennent durant la grossesse, mais aussi pendant la ménopause ou la phase post-ménopausique, peuvent entraîner une atrophie des fibres de la musculature striée péri-urétrale, favorisant l'incontinence d'effort. La sédentarité, la surcharge pondérale et l'hyperpression intra-abdominale chronique par suite de constipation ou de bronchite chronique constituent d'autres facteurs prédisposant à une incontinence de stress.

### Vessie hyperactive (mictions impérieuses)

Les symptômes typiques de la vessie hyperactive comprennent la pollakiurie (>7 mictions par jour), la nycturie (>1 miction par nuit) et les besoins impérieux. La symptomatologie se traduit, dans sa forme la plus sévère, par une incontinence avec vidange involontaire complète de la vessie. Des femmes de tout âge peuvent être touchées, mais la fréquence de cette affection est maximale


durant la période post-ménopausique. Du point de vue physiopathologique, la vessie irritable est consécutive à un trouble de l'équilibre entre les signaux afférents provenant des récepteurs à l'étirement du detrusor de la vessie et les signaux cérébraux efférents inhibiteurs, qui freinent l'activité de ce dernier. Les femmes qui souffrent de ce trouble sont ainsi forcées de vider leur vessie précocement, ce qu'elles ressentent comme des mictions impérieuses. L'incontinence proprement dite se traduit par des besoins d'uriner impérieux difficiles à réprimer et des pertes involontaires d'urine. En cas de mictions impérieuses récurrentes chez une patiente sans pertes involontaires d'urine, nous parlons d'urgences mictionnelles. Ce syndrome associe une pollakiurie et une nycturie, sans incontinence urinaire.

Les infections urinaires jouent un rôle étiologique important, de même que l'atrophie génitale et les descentes d'organes, en particulier les grandes cystocèles. Les autres causes comprennent la colpite et les maladies cérébrovasculaires, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la syringomyélie, la démence sénile, l'alcoolisme et les toxicomanies médicamenteuses. En l'absence de cause organique, on parle de forme idiopathique. Cette dernière se manifeste souvent sur fond de troubles psychosomatiques (conflits avec le partenaire, troubles névrotiques, troubles sexuels, surmenage ou état dépressif).

### Diagnostic de base de l'incontinence urinaire chez la femme

Le diagnostic d'une incontinence urinaire se pose essentiellement sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique. Le diagnostic primaire peut donc se faire au cabinet médical sans grandes difficultés.

### Anamnèse

L'anamnèse recherchant les symptômes typiques donne d'emblée des informations claires concernant le type d'incontinence (tab. 1 ). Le degré de gêne constitue un élément de très grande importance lors de l'interrogatoire, puisque le diagnostic et la suite de la prise en charge vont largement dépendre de cet élément. Des formulaires facilitant l'anamnèse et des questionnaires sur la qualité de vie peuvent être téléchargés sur les sites Internet du Groupe de travail d'urogynécologie (GTUG) des gynécologues suisses ([www.urogyn.ch](http://www.urogyn.ch)) et de la clinique de gynécologie d'Aarau ([www.frauenklinik.ksa.ch](http://www.frauenklinik.ksa.ch)). L'anamnèse suffit aujourd'hui, selon le consensus international, pour mettre en route un traitement conservateur. Il importe cependant de se rappeler que l'on peut être confronté à des tableaux cliniques intermédiaires, rendant parfois difficile la distinction entre une incontinence de stress et une vessie hyperactive.

**Tableau 1. Tableaux cliniques typiques permettant de différencier l'incontinence d'effort des mictions impérieuses.**

Symptômes	Incontinence d'effort	Mictions impérieuses
Perte d'urines lors des efforts physiques (toux, éternuements, rire, port de charges, en se levant d'une position assise)	Oui	Plutôt non, Occasionnellement
Atteint les toilettes à temps en cas de besoin d'uriner	Oui	Non
Perte involontaire soudaine d'urine lors de vessie pleine et de besoin d'uriner	Rare	Fréquent
Nycturie par besoin d'uriner	Possible, rarement plus d'une fois	Fréquent
Pollakiurie	Possible	Oui

### Calendrier des mictions

Un calendrier des mictions (fig. 1) permet de noter le volume des mictions, les quantités de boissons et, le cas échéant, les épisodes d'incontinence sur 24 heures. Le médecin traitant peut ainsi obtenir des informations fiables essentielles pour le diagnostic à propos des habitudes de consommation de boissons et du schéma mictionnel de la patiente.

### Recherche d'infections urinaires

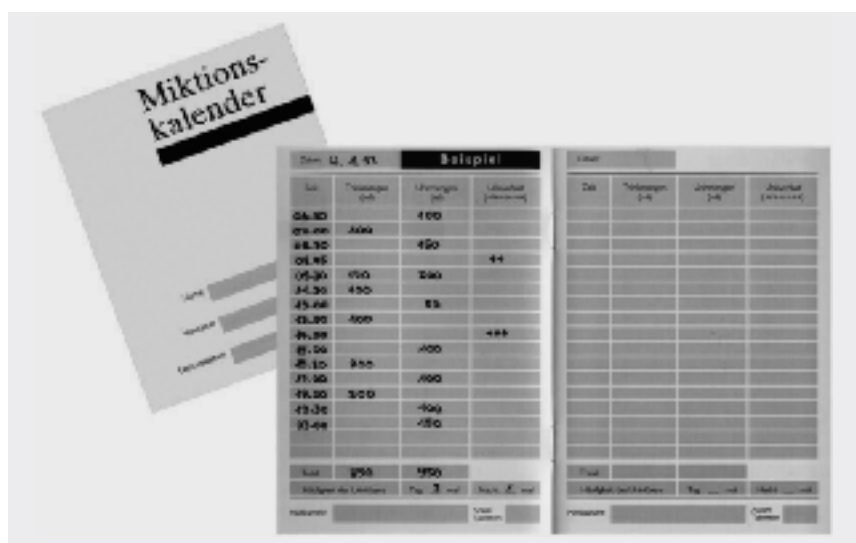
Le bilan d'une incontinence doit comporter un examen du sédiment urinaire et une culture d'urine. Il suffit habituellement de collecter un échantillon du milieu du jet.

### Evaluation du résidu urinaire

Les renseignements anamnestiques sur les troubles de la vidange de la vessie requièrent toujours la détermination du résidu urinaire. L'association d'une incontinence et d'un résidu urinaire suggère l'existence d'un problème complexe. Il est conseillé de soumettre ces femmes à un examen urogynécologique spécialisé.

### Traitement de l'incontinence urinaire de la femme

Le choix du traitement de l'incontinence urinaire dépend du type de plaintes et des attentes de la patiente. La physiopathologie des différentes formes d'incontinence permet une approche logique dans l'établissement du plan de traitement. Cela dit, on s'efforcera toujours de mettre sur pied un concept thérapeutique personnalisé, adapté spécifiquement aux problèmes présentés par chaque patiente.



**Figure 1**  
Calendrier mictionnel, d'une part pour le diagnostic des troubles de la vidange de la vessie (mictions impérieuses) et d'autre part pour l'autocontrôle avec biofeedback durant le traitement.

La vérification et l'adaptation des mécanismes comportementaux individuels constituent dans tous les cas un préalable indispensable.

- Habitudes en matière de consommation de boissons: interroger la patiente sur ses habitudes de consommation de boissons et rechercher la présence de facteurs négatifs, notamment une consommation excessive de thé ou de café, d'alcool ou de tabac.
- Comportement en ce qui concerne les boissons: la consommation excessive ou insuffisante de boissons est défavorable. On préconise un volume d'environ deux litres par jour.
- Médicaments: certains médicaments peuvent avoir une influence négative sur la continence (psychotropes, diurétiques, antihypertenseurs). Pour autant que cela soit possible, on conseillera de changer, à titre d'essai, le traitement médicamenteux.
- Le chemin des toilettes: la localisation des toilettes les plus proches revêt une importance particulière pour la femme âgée, peut-être moins mobile, qui souffre d'une vessie hyperactive. Une chaise percée placée à proximité du lit peut contribuer à limiter les inconvénients.
- Imprégnation œstrogénique locale: l'œstrogénothérapie systémique est utilisée aujourd'hui avec de plus en plus de restrictions et l'incontinence urinaire ne constitue en aucun cas une indication suffisante. Des applications de topiques vaginaux peuvent néanmoins soulager les troubles locaux (atrophie, sensations de brûlures) et les problèmes de vessie (dysurie). On veillera avec les œstrogènes topiques à commencer le traitement avec des crèmes, surtout en cas de muqueuses atrophiques et enflammées. L'introduction d'ovules sur une surface cutanée atrophique peut provoquer des sensations de brûlures. Au cours des trois à quatre premières semaines de traitement, nous préconisons l'application d'une pommade d'œstriol une fois par jour. Au bout d'un mois, on peut passer à des ovules vaginaux, éventuellement sous forme de dépôt, de façon à ne plus avoir à mettre qu'un ovule par semaine.

### Traitement de l'incontinence d'effort

En accord avec la patiente, on privilégiera pour commencer l'une ou l'autre variante du traitement conservateur. La participation active et une grande motivation de la part de la patiente sont, en plus de l'aide d'une physiothérapeute bien formée, des conditions indispensables pour le succès de l'approche conservatrice.

Les buts de la physiothérapie et de la gymnastique du périnée sont de corriger l'hypotrophie due à l'inactivité de la musculature périnéale et d'automatiser les contractions réflexes lors de l'augmentation de la pression intra-abdominale.




**Figure 2**

Physiothérapie avec électrostimulation et biofeedback. Dans le biofeedback, la physiothérapeute apprend à la patiente à effectuer correctement sa gymnastique du périnée à l'aide de la courbe EMG enregistrée au niveau du plancher pelvien. La patiente introduit et fixe elle-même la sonde dans le vagin.




**Figure 3**

Pessaires vaginaux: on utilise dans le traitement de l'incontinence d'effort des pessaires Arabin (1), des tampons (2) et des pessaires de confort (3). Des pessaires en dés (4) sont utilisés en cas de problèmes de prolapsus des organes génitaux.

La physiothérapie de l'incontinence d'effort à l'aide du biofeedback et de l'électrostimulation est une forme de traitement qui bénéficie d'un excellent contrôle de qualité. Le biofeedback donne à la patiente des informations qui lui indiquent si elle fait bien contracter le bon groupe musculaire ou non. L'EMG du plancher pelvien est enregistré par une sonde endovaginale. L'activité musculaire est transformée en un signal visible, informant immédiatement la patiente sur le succès de la contraction volontaire qu'elle a produite. La patiente effectue en général neuf séances de physiothérapie, tout en poursuivant quotidiennement les exercices de contrôle et de renforcement du périnée appris chez la physiothérapeute (fig. 2 .

#### **Pessaires**



Il existe sur le marché différents types de dispositifs pouvant être introduits dans le vagin (fig. 3 ) pour renforcer la pression de fermeture de l'urètre et ainsi diminuer l'incontinence

d'effort (pessaires urétraux, tampons, pessaires de confort). Dans l'indication de l'incontinence d'effort, les pessaires peuvent être d'un apport précieux, notamment chez les patientes présentant des contre-indications à une intervention chirurgicale. Chez les femmes se plaignant de fuites d'urines durant la pratique sportive, cette méthode peut apporter un grand soulagement avec un minimum d'inconvénients.

#### **Traitement médicamenteux**

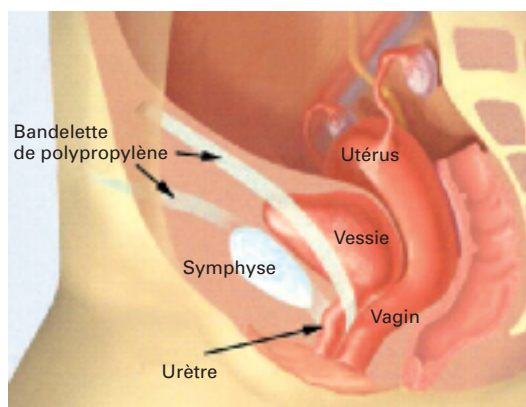
Le but du traitement médicamenteux est de renforcer les mécanismes de fermeture de l'urètre. Un nouveau médicament agissant selon ce principe vient d'apparaître. Il s'agit de la duloxétine (Yentreve<sup>®</sup>), qui inhibe la dégradation des deux neurotransmetteurs sérotonine et noradrénaline et qui exerce une action agoniste sur les motoneurons contrôlant le sphincter musculaire strié de l'urètre. La duloxétine a été testée dans le cadre de grandes études cliniques et devrait être enregistrée très prochainement en Suisse avec l'indication de l'incontinence d'effort.

#### **Traitement chirurgical de l'incontinence d'effort**

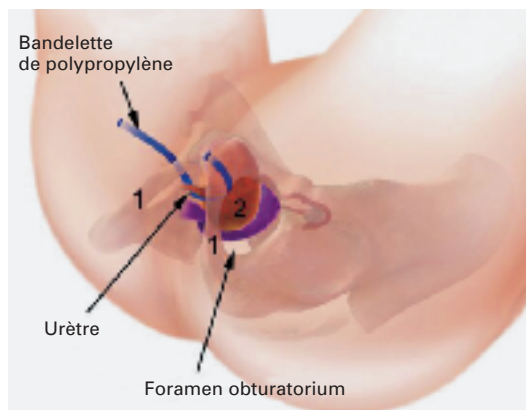
Si les symptômes d'une incontinence d'effort ne peuvent pas être contrôlés de manière satisfaisante par les mesures conservatives, l'indication à une intervention chirurgicale est posée. Les opérations consistant à mettre en place des bandelettes en écharpe ont largement remplacé les anciennes techniques de suspension. Le TVT (tension-free vaginal tape; fig. 4 ) figure en tête de cette évolution et représente aujourd'hui la méthode la plus connue consistant à mettre en place une bandelette de polypropylène sous l'urètre. Avec le TVT et les techniques qui ont suivi, on dispose dorénavant d'interventions vaginales très peu invasives, donnant d'excellents résultats au niveau de l'incontinence et grevées d'une morbidité péri- et postopératoire minimale. L'état actuel des données montre que le TVT est au moins équivalent, en termes de taux de succès, à la suspension de l'urètre par laparotomie selon Burch, mais avec l'avantage d'une technique opératoire beaucoup plus simple avec un temps d'alitement postopératoire nettement plus court. Une autre voie d'abord chirurgicale est celle du TVT-O (TVT-obturator). La bandelette de prolène est ici introduite dans les forams obturateurs de l'intérieur vers l'extérieur (fig. 5 ). Les résultats à un an montrent un taux de succès élevé avec très peu de complications. L'opérateur choisit la voie d'abord en fonction du status clinique.

#### **Traitement de la vessie hyperactive (mictions impérieuses)**

Le traitement des mictions impérieuses est essentiellement conservateur et requiert une grande patience de la part de la patiente. Beau-



**Figure 4**  
Représentation schématique du principe du TVT. La bandelette de polypropylène est introduite sous l'urètre en le faisant passer derrière la symphyse vers la cavité abdominale pour former une écharpe en U, redonnant à l'urètre un contre-appui.



**Figure 5**  
Représentation schématique du principe du TVT-O. Dans le TVT, la bandelette de polypropylène est placée sous l'urètre, puis tirée à travers les foramens obturateurs. (1) branche inférieure de la symphyse pubienne, (2) vessie.

coup dépend aussi de l'engagement des thérapeutes. Dans la majorité des cas, il ne suffit pas de prescrire un médicament et de renvoyer la patiente à la maison. Des facteurs psychogènes sont souvent présents et jouent un rôle non négligeable dans la symptomatologie des urgences mictionnelles et nécessitent des contrôles et des conseils médicaux réguliers. Il faut donc rassurer la patiente et lui redonner confiance, discuter avec elle de son calendrier des mictions et l'encourager en mettant en évidence les succès thérapeutiques déjà obtenus. En cas de troubles névrotiques, la collaboration avec un psychologue peut s'avérer très utile.

#### Rééducation de la vessie

La rééducation de la vessie et la correction des habitudes en matière de boissons constituent la base du traitement des mictions impérieuses. La correction de mauvaises habitudes mictionnelles et de consommation de boissons pour retrouver

un mode de comportement normal a pour objectif de rendre à la patiente le contrôle cortical du réflexe mictionnel. L'autocontrôle au moyen du calendrier des mictions induit un mécanisme de biofeedback, qui produit des modifications comportementales conscientes par l'intermédiaire de signaux tantôt positifs, tantôt négatifs. Le médecin commence par discuter avec la patiente du trouble fonctionnel de sa vessie et lui explique les erreurs qu'elle fait sur la base du comportement mictionnel démontré par le calendrier des mictions. Il fixe ensuite avec elle un objectif thérapeutique et discute de la meilleure façon de l'atteindre. La patiente doit réprimer les épisodes de besoins impérieux afin d'augmenter les intervalles entre les mictions d'environ 15 minutes tous les jours. Il s'agit d'atteindre dans l'idéal des intervalles de trois à quatre heures, tout en augmentant le volume des mictions jusqu'à atteindre environ 300 ml. On demandera d'autre part à la patiente de boire environ 2000 ml de liquide par jour (thé, eau minérale, etc.). Des calendriers des mictions sont remplis aux fins d'autocontrôle au début de la phase de rééducation, puis toutes les semaines. La patiente y marque le volume des boissons consommées, ainsi que le volume d'urine émis lors de chaque miction qu'elles ont collectée à cet effet. Les calendriers des mictions indiquent à la personne si elle boit suffisamment et si le volume de ses mictions augmente, de façon à pouvoir prendre les mesures correctives qui s'imposent à la lecture des erreurs notées dans le journal. Les calendriers des mictions servent aussi au médecin traitant de moyen de contrôle de l'efficacité du traitement. Lorsque l'objectif a été atteint, la patiente sera naturellement encouragée à conserver ses bonnes habitudes de consommation de boissons et son comportement mictionnel normalisé.

#### Traitement médicamenteux des mictions impérieuses

Le traitement médicamenteux des mictions impérieuses fait surtout appel aux anticholinergiques (toltérodine, oxybutinine, chlorure de trospium) et parfois aux myorelaxants (flavoxate). Les anticholinergiques de nouvelle génération (toltérodine) présentent une grande sélectivité pour les récepteurs, dans l'idée d'améliorer le profil de tolérance. La sécheresse buccale, souvent constatée avec les principes actifs plus anciens, est notamment plus rare. Nous prescrivons habituellement aux patientes de la toltérodine (Detrusitol® SR 4 mg) pendant six à huit semaines à raison d'un comprimé par jour. Avec l'oxybutinine (ditropan®), on recommande de commencer le traitement avec des doses de 3× 0,5 comprimés par jour, matin, midi et soir. La posologie pourra ensuite être progressivement augmentée jusqu'à 3× 5 mg par jour. Lors de l'administration d'anticholinergiques, on veillera

aux contre-indications, en particulier le glaucome à angle fermé, la myasthénie, la constipation sévère et l'œsophagite de reflux.

*Alternatives thérapeutiques  
en cas de mictions impérieuses*

Si une patiente n'a pas pu être traitée de manière satisfaisante par la rééducation de la vessie et par les médicaments, nous instaurons habituellement une électrostimulation avec biofeedback. On obtient par la stimulation des arcs réflexes transitant le long du nerf pelvien une inhibition, autrement dit une relaxation, avec diminution du tonus du detrusor.

En cas d'échec de la correction des comportements de consommation de boisson et des habitudes mictionnelles, ainsi que de l'électrostimulation, on peut envisager diverses autres options thérapeutiques de seconde ligne. On peut mentionner ici les injections intravésicales de substances anticholinergiques, les injections de toxine botulinique dans le detrusor par voie endovésicale et de l'électroneuromodulation du nerf sacré S3.

La technique de la toxine botulinique connaît un très grand succès depuis quelques temps. Ces in-

jections sont effectivement très efficaces, mais présentent l'inconvénient de devoir être répétées à intervalles réguliers, dans la mesure où leur action s'estompe au bout de six à huit mois. De plus, l'injection de toxine botulinique ne peut se faire que par cystoscopie et sous narcose.

On évoquera pour le traitement des mictions impérieuses, last but not least, les médecines complémentaires. La phytothérapie, l'homéopathie et la médecine chinoise ont été testées scientifiquement au cours de ces dernières années et plusieurs études ont pu mettre en évidence des effets intéressants, tant sur le plan de l'efficacité que du profil d'effets indésirables.

**Traitement des formes mixtes associant  
une incontinence d'effort à des mictions  
impérieuses**

Si la patiente souffre d'une forme mixte, associant une incontinence d'effort avec des urgences mictionnelles, il s'agit de déterminer le tableau clinique qui prédomine. Si c'est l'incontinence de stress, on traitera cette dernière en priorité. Si une intervention chirurgicale est programmée, on effectuera toujours un examen urodynamique préopératoire.

**Références**

- 1 Gordon D, Groutz A. Evaluation of female lower urinary tract symptoms: overview and update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001;13:521-7.
- 2 Weatherall M. Biofeedback in urinary incontinence: past, present and future. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000;12:411-3.
- 3 Tubaro A, Palleschi G. Overactive bladder: epidemiology and social impact. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17:507-11.
- 4 Le TH, Ostergard DR, Bhatia NN, Huggins ME. Newer pharmacologic options in management of overactive bladder syndrome. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17:495-506.
- 5 Huggins ME, Bhatia NN, Ostergard DR. Urinary incontinence: newer pharmacotherapeutic trends. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:419-27.
- 6 Nilsson CG, Falconer C, Rezapour M. Seven-year follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2004;104:1259-62.

Correspondance:  
Prof. Gabriel Schär  
Frauenklinik  
Kantonsspital  
CH-5001 Aarau  
[gabriel.schaer@ksa.ch](mailto:gabriel.schaer@ksa.ch)