

Incontinence urinaire chez la femme : du nouveau dans la prise en charge et le traitement
L'incontinence urinaire

Incontinence urinaire chez la femme : du nouveau dans la prise en charge et le traitement

Jacques Raïga*, Christian Saussine**, Paul Barakat* , Pascal Calmelet*, Elisabeth Castel**, Didier Jacqmin**, Jean Philippe Brettes*

*Service de gynéco-obstétrique, Hôpital Civil de Strasbourg

**Service d'Urologie, Hôpital Civil de Strasbourg

Résumé :

La collaboration des services de Gynéco Obstétrique et d'Urologie a permis la mise en place, au sein de l'Hôpital Civil de Strasbourg, d'une unité de prise en

charge diagnostic et thérapeutique de l'incontinence urinaire chez la femme. L'incontinence urinaire est une pathologie fréquente, souvent dissimulée par nos

patientes. Outre l'examen clinique, l'examen urodynamique est devenu indispensable pour une meilleure compréhension de la physiopathologie. Le traitement doit être adapté au mécanisme en cause. Pour les incontinenances modérées, le traitement sera le plus souvent débuté par la kinésithérapie vésico-sphinctérienne. Lorsque celle-ci est insuffisante, un traitement chirurgical s'impose. De nouvelles techniques telles que la colposuspension de

type Burch par coelioscopie ou la fronde sous-urétrale de type " Tension-free Vaginal Tape " ou TVT ont permis de réduire la morbidité des interventions les

plus courantes. Les progrès technologiques concernant la neuromodulation des racines sacrées et la mise en place de sphincters artificiels permettent actuellement un traitement adapté aux cas les plus graves.

Une unité de prise en charge diagnostic et thérapeutique de l'incontinence urinaire chez la femme s'est mise en place depuis 1996 au sein de l'Hôpital Civil de Strasbourg grâce à une volonté conjointe des services de Gynéco Obstétrique et d'Urologie. Le but de cette unité est la mise en commun des équipes (médecins, kinésithérapeutes), du matériel (appareil d'urodynamique) et

surtout des compétences respectives des deux spécialités.

Les innovations technologiques ont été nombreuses ces dernières années dans le

domaine de la prise en charge et du traitement de l'incontinence urinaire chez

la femme, il était nécessaire d'en faire le point.

Une pathologie fréquente souvent " inavouée " par nos patientes

L'incontinence urinaire peut être définie comme la perte involontaire d'urine par l'urètre. La prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme est difficile à déterminer, d'une part en raison de l'imprécision même de sa définition et de ses limites, d'autre part parce qu'elle entraîne un rejet social et donc souvent une dissimulation.

Selon l'étude épidémiologique récente de Minaïre et Jacquetin, 37% des femmes

présentent au moins un épisode de fuite urinaire par mois et 77% d'entre elles voient apparaître ces fuites à l'effort. Il est bien entendu que la majorité de ces femmes ne présentent que des fuites minimales mais on peut estimer à 13% le nombre de femmes qui sont gênées sur le plan social, psychologique ou professionnel. Ces femmes nécessitant une prise en charge thérapeutique sont 13 millions aux Etats Unis et au moins 1,5 millions en France, dont 500 000 sévèrement atteintes.

Les facteurs de risque sont mieux connus. Il existe des facteurs congénitaux, les troubles de la statique pelvienne sont plus rares chez les femmes de race noire et chez les Asiatiques. Parmi les facteurs acquis, le traumatisme obstétrical est au premier plan. Une incontinence urinaire chez la femme enceinte apparaît dans 30% des cas. Seulement 4% à 8% de ces femmes restent incontinentes en post-partum. Ces dernières ont un risque d'incontinence ultérieure post-ménopausique multiplié par deux. Une lésion du nerf honteux ou une dénervation du muscle pubo-coccygien sont souvent impliqués. Ces lésions sont dues essentiellement à l'accouchement par voie vaginale. Les extractions instrumentales ou la naissance d'un enfant de poids supérieur à 4000g constituent des facteurs de risque supplémentaires d'incontinence ultérieure. La chirurgie pelvienne, qu'elle soit par voie laparotomique, coelioscopique ou vaginale, constitue aussi un facteur de risque acquis par le biais d'une lésion du nerf honteux, d'une dénervation des muscles pelviens ou d'une déchirure du fascia pelvien. Enfin, l'hyperpression pelvienne induite par l'obésité, par une constipation ou par une toux chronique appartient à ce groupe de facteurs de risque. Sur le plan hormonal, la ménopause constitue un facteur de risque important, il a été démontré une augmentation de la fréquence de l'incontinence en période de péri-ménopause. L'atrophie des revêtements muqueux hormonosensibles tel que le vagin, l'urètre et le trigone vésical a son importance dans les mécanismes qui conduisent à l'incontinence urinaire en post-ménopause.

De nouvelles théories ont révolutionné récemment la physiopathologie de l'incontinence :

L'adaptation à l'effort chez la femme relève de deux mécanismes. Le premier est neuromusculaire, il existe une contraction réflexe du sphincter urétral et du périnée au moment de l'effort. Le deuxième mécanisme est lié à la transmission des pressions abdominales au sphincter urétral qui nécessite une fixité du col

vésical et de l'urètre proximal lors de l'effort.
Une altération de ces mécanismes conduit en clinique à l'incontinence urinaire.
Durant de nombreuses années seule la théorie d'Enhörning pouvait expliquer l'incontinence d'effort. Dans cette hypothèse, la perte de la fixation pubienne du col vésical par rupture des éléments fibreux qui le fixent à la symphyse pubienne, conduit à l'incontinence par le fait de la perte de transmission des pressions abdominales vers le périnée. DeLANCEY, au début des années 90 (1), a remis en cause ce mécanisme pour avancer celui de l'écrasement du trigone, du col vésical et de l'urètre proximal sur un hamac sous-cervical. Ainsi, lors d'un effort, la transmission des pressions provoque un écrasement du col vésical et de l'urètre sur les structures de suspension à condition que celles-ci soient solides.
MOSTWIN, en utilisant l'échographie endorectale et GHONIEM grâce à la radioscopie, confirment cette hypothèse ainsi que les études anatomiques d'ULMSTEN et de PETROS (2).
L'hypothèse passive d'ENHORNING, de la transmission des pressions grâce à l'existence d'une chambre abdominale semble donc laisser la place actuellement à l'hypothèse de l'écrasement du col sur un hamac de soutènement décrit par DeLANCEY. Cette théorie va avoir des implications très importantes dans l'élaboration des nouvelles techniques chirurgicales

La prise en charge des patientes incontinentes doit passer par un bilan clinique et urodynamique soigneux :
L'incontinence urinaire est souvent multifactorielle et parfois complexe. Son exploration pré-thérapeutique doit bénéficier d'arguments cliniques et urodynamiques.
L'interrogatoire de la patiente est capital pour rechercher le mode de survenue, l'importance des fuites et surtout la gêne fonctionnelle engendrée par celles-ci.
Une incontinence anale associée sera recherché de façon systématique.
L'examen clinique se réalise sur une femme en position gynécologique dont la vessie sera remplie d'environ 300cc. Il sera éventuellement répété en position debout et à vessie vide. Cet examen recherche les éléments prolapsés et la bascule de la jonction uréthro-vésicale à la toux. La fuite urinaire à la toux vessie pleine est quantifiée. La manœuvre de Bonney, en réduisant la bascule avec 2 doigts placés de part et d'autre de l'urètre, permet de savoir si le fait d'une colposuspension permet ou non de stopper les fuites à la toux ce qui donne un élément précieux pour le pronostic chirurgical. La manœuvre dite TVT prédira de la même façon les chances de succès suite à l'implantation d'une bandelette sous urétrale TVT. Cette manœuvre consiste à réaliser un soutènement sous-urétral à l'aide d'un doigt placé sous l'urètre distal et à vérifier la correction de la fuite urinaire à la toux.

On quantifiera également les muscles releveurs de l'anus en faisant serrer la patiente sur 2 doigts introduits dans le vagin et un examen neurologique périnéal sera réalisé.

L'examen urodynamique va permettre de confirmer et de quantifier les éléments apportés par l'examen clinique. L'examen dure environ 10 mn, il n'est pas douloureux, il consiste à introduire une sonde de faible calibre munie de capteurs de pression à l'intérieur de la vessie et de mesurer les pressions intra-vésicale et intra-sphinctérienne lors du remplissage de la vessie, au repos et à la toux. Quatre paramètres principaux sont retenus :

* La cystomanométrie permet de mesurer les pressions vésicales et urétrales pendant le remplissage, elle évalue la contenance et la compliance de la vessie

et permet de détecter d'éventuelles contractions anormales du détroter chez les

patientes atteintes d'instabilité vésicale.

* La sphinctérométrie est l'étude des pressions urétrales enregistrées par l'intermédiaire d'un cathéter retiré progressivement depuis la vessie jusqu'au

méat urétral. On obtient ainsi la pression urétrale maximale et la pression de

clôture qui est le meilleur reflet de la tonicité du sphincter urétral.

* La sphinctérométrie dynamique évalue la transmission des pressions entre la vessie et l'urètre lors des efforts de toux. Il existe un défaut de transmission

dans les incontinences urinaires d'effort avec bascule de la jonction uréthro-vésicale. La fiabilité de ce paramètre est contestée.

* La débitmétrie mesure le volume uriné et son débit. Elle permet de détecter un

éventuel obstacle à l'évacuation de la vessie et de quantifier le résidu post-mictionnel.

Au terme du bilan clinique et urodynamique, 3 pathologies distinctes doivent être distinguées malgré leur intrication fréquente

* L'incontinence urinaire d'effort par mobilité de la jonction uréthro-vésicale :

c'est le cas de figure le plus fréquent. Il s'agit le plus souvent de patientes

multipares chez qui une incontinence urinaire d'effort s'aggrave progressivement

en particulier après la ménopause. A l'examen clinique on retrouve une fuite urinaire à la toux et des manœuvres de Bonney et TVT positives. L'examen urodynamique a pour but d'éliminer une instabilité méconnue, d'évaluer la pression de clôture urétrale maximum et pour ceux qui y accordent de l'importance de mettre en évidence un défaut de transmission.

* L'instabilité vésicale : le tableau clinique est marqué par une pollakiurie,

des impériosités mictionnelles s'accompagnant de fuites qui s'apparentent souvent à de véritables mictions. Cette crainte permanente de la fuite va exacerber la pollakiurie par un phénomène de précaution, la patiente ayant tendance à vider le plus souvent possible sa vessie pour diminuer le volume des

fuites. L'examen clinique recherche les fuites involontaires lors du remplissage

vésical ainsi que d'éventuelles fuites à l'effort associées. Un examen cytobactériologique des urines sera systématique pour éliminer une infection urinaire. Une cystoscopie sera réalisée pour éliminer un élément irritant

intra-vésical (calcul, polype, tumeurs..) expliquant une instabilité vésicale secondaire. L'examen urodynamique est déterminant, la cystomanométrie met en évidence des pics de contractions anarchiques du détrusor.

* L'insuffisance sphinctérienne : relève le plus souvent d'un délabrement neuromusculaire du sphincter urétral par traumatismes obstétricaux ou chirurgicaux retrouvés le plus souvent dans les antécédents. Il existe également

des maladies neurodégénératives telles que la sclérose en plaque ou le diabète

qui peuvent être responsables de la dégradation du sphincter urétral. Enfin, certains médicaments tel que les neuroleptiques peuvent être à l'origine d'un dysfonctionnement sphinctérien.

L'examen clinique révèle une incontinence majeure, permanente diurne et nocturne. A l'examen urodynamique, l'insuffisance sphinctérienne sera considérée

comme sévère si la pression de clôture est inférieure à 30 cm H₂O

Le traitement doit être parfaitement adapté au mécanisme en cause

* Pour l'incontinence urinaire d'effort par hypermobilité de la jonction uréthro-vésicale : Lorsque l'incontinence est modérée, le traitement sera le plus

souvent débuté par des séances de kinésithérapie vésico-sphinctérienne. Ce traitement est réalisé à l'aide d'une sonde vaginale de stimulation électrique,

la stimulation à haute fréquence permet la consolidation des muscles périnéaux

et du sphincter urétral. Pour obtenir des résultats probants, il est indispensable de réaliser au moins 15 séances à raison de deux séances par semaine et des séances annuelles de consolidation.

Lorsque le traitement par kinésithérapie est insuffisant ou que l'incontinence

est d'emblée sévère, le traitement chirurgical s'impose. Il existe une grande variété de techniques.

La colposuspension du dôme vaginal sur le ligament de Cooper (technique de Burch) reste la technique de référence car elle a fait ses preuves à long terme

: 85 à 95% de bons résultats à 5 ans, 75 à 85% de bons résultats à 10 ans selon

les études publiées(3). Elle est réalisée sous anesthésie générale par laparotomie ou plus récemment par coeliochirurgie ce qui permet de diminuer considérablement la morbidité opératoire (4). Soixante colposuspensions de type

Burch par coelioscopie ont été réalisées depuis 1997 dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'Hôpital Civil. Une évaluation du suivi des 30 premières

patientes après 2 ans a montré un résultat satisfaisant dans 90% des cas ce qui

rejoint les résultats de la même intervention réalisée par laparotomie.

Une nouvelle technique d'origine suédoise est en cours d'évaluation : le " Tension-free Vaginal Tape " ou TVT mise au point par le Pr Ulmsten (5). Cette technique consiste à placer une bandelette de Prolène en position sous urétrale,

la bandelette est passée de chaque côté de l'urètre en arrière du pubis vers la

paroi abdominale antérieure à 1 ou 2 cm au-dessus du pubis. Une fois en place,

en tenant chacune des extrémités, il devient possible de restaurer le soutien de l'urètre. Cette technique a l'avantage d'être réalisée sous anesthésie locale et donne pour l'instant des résultats à court terme tout à fait intéressants sur l'incontinence d'effort. Le retentissement vésical du caractère dysuriant incontestable de cette nouvelle technique n'est cependant pas encore connu à long terme. Le risque d'instabilité vésicale secondaire semble faible mais n'est pas nul.

* Traitement de l'incontinence urinaire par instabilité vésicale :

C'est souvent l'association de plusieurs méthodes thérapeutiques adaptées à chaque patiente qui permettra d'améliorer les symptômes :

Certaines règles hygiéno-diététiques sont indispensables : apports liquidiens en quantité normale et suppression des excitants de la vessie comme le café, le thé, le vin blanc ou le tabac.

Le traitement médical est le plus souvent proposé en première intention. On utilise les anticholinergiques et en particulier l'oxybutinine (Ditropan°, Driptane°) qui a une bonne efficacité mais également d'importants effets secondaires en particulier la sécheresse des muqueuses. La toltérodine (Detrusitol°) a l'avantage d'avoir moins d'effets secondaires mais le lourd désavantage de ne pas être remboursée. Ces médicaments sont contre-indiqués en

cas de glaucome à angle fermé. D'autres médicaments peuvent être utilisés en cas

de contre-indications ou de mauvaise tolérance aux anticholinergiques : les musculotropes (flavoxate Urispas°) , les anticalciques (nifédipine Adalate°)

, les antiprostaglandines, les benzodiazépines, les antidépresseurs tricycliques.

Les thérapeutiques comportementales visent à réaliser un calendrier mictionnel

précis et tenter d'augmenter progressivement le délai entre deux mictions

La kinésithérapie avec électrostimulation renforce le plancher pelvien et améliore l'endurance. Dans les instabilités, un courant à basse fréquence de 10

à 20 Hz est utilisé pour réaliser une inhibition vésicale.

Le biofeedback vésical consiste au cours d'une cystomanométrie à montrer à la patiente ses contractions puis grâce à une contraction volontaire du plancher pelvien, lui montrer qu'elle est capable d'inhiber cette contraction.

Lorsque les instabilités vésicales résistent à tous les traitements exposés ci-dessus, une nouvelle technique encore en évaluation peut être proposée : la

neuromodulation des racines sacrées. Contrairement à la stimulation électrique

des racines médullaires postérieures sectionnées après laminectomie qui est utilisée depuis de nombreuses années chez certains traumatisés médullaires, la

neuromodulation s'adresse principalement aux patients indemnes de toute affection neurologique et ne s'accompagne d'aucune laminectomie ni d'aucune section de racines médullaires. La stimulation électrique est simplement appliquée au contact de la racine sacrée, S3 le plus souvent. Après une sélection rigoureuse des patients ou patientes dont le bilan neurologique est normal y compris l'examen électrophysiologique du périnée (EMG) et qui sont rebelles à toutes les autres thérapeutiques classiques, la procédure passe d'abord par la réalisation d'un test percutané de neuromodulation. Une fine

aiguille sera placée au contact de la racine sacrée S3 sous anesthésie locale. Sa bonne position sera attestée par la mise en évidence sous l'effet du courant électrique, d'une contraction anale et/ou d'une flexion du premier orteil. Une sensation gênante voire douloureuse de la région vésicale ou anale est souvent associée. A travers l'aiguille qui est alors retirée, est positionnée une électrode qui sera maintenue par un pansement et reliée à un boîtier de stimulation porté à la ceinture pendant 3 à 4 jours. Cette période d'observation permettra d'objectiver la réponse à la neuromodulation en notant les améliorations cliniques (PK, impériosités, fuites...) mais aussi urodynamiques en arrêtant éventuellement temporairement la stimulation pour observer une différence. Lorsque les améliorations sont nettes (> 75% de la symptomatologie initiale), l'implantation d'un neuromodulateur définitif est programmée. Il s'agit d'un boîtier en tous points comparables à un pacemaker qui est placé en sous cutané dans la région abdominale ou au-dessus de la fesse et qui est relié par voie sous cutanée à une électrode définitive fixée au niveau de l'orifice sacré S3. Cette technique s'utilise aussi bien dans le cadre de l'instabilité vésicale que dans celui des rétentions urinaires idiopathiques. Actuellement, environ 35 patients ont pu être testés par voie percutanée à Strasbourg dans le service d'Urologie. Le test a été jugé positif pour 7 d'entre eux qui ont tous été implantés avec des résultats très satisfaisants.

* Traitement de l'incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne
Dans le cas d'une insuffisance sphinctérienne mineure associée à un autre mécanisme d'incontinence, il existe alors une place importante pour la kinésithérapie avec stimulation à haute fréquence qui permettra un renforcement du plancher pelvien et du sphincter urétral et un résultat satisfaisant sur l'incontinence. Lorsque l'incontinence est importante en terme de volume de fuite, il existe le plus souvent une insuffisance sphinctérienne sévère avec une pression de clôture inférieure à 30 cm H2O. Dans ce cas, le problème thérapeutique est plus complexe car les colposuspensions ont de mauvais résultats. Les techniques de frondes sous urétrales ont été utilisées dans cette indication depuis longtemps avec des résultats jugés traditionnellement satisfaisants. Des études récentes ont fait état de résultats moins bons pour peu que l'on évalue correctement les patientes lors du suivi. Il est aussi reproché aux frondes leur caractère dysuriant. Le sphincter artificiel urinaire (SAU). Mis au point dans les années 70 et répandu en France sous une forme plus

perfectionnée au début des années 80, le sphincter artificiel urinaire a permis à des milliers de patients et de patientes de sortir de leur handicap urinaire.

On estime actuellement à 600 le nombre de sphincters artificiels urinaires implantés chaque année en France. A Strasbourg dans le service d'Urologie des HUS, 19 SAU ont été implantés chez des hommes depuis 1991 et 37 chez des femmes depuis 1994 avec de très bons résultats.

Le SAU est un appareil hydraulique en silicone comprenant trois éléments reliés entre eux par des tubulures. La manchette assure la continence en étant placée autour de l'urètre ou du col vésical. Une pompe placée dans la grande lèvre chez la femme (ou le scrotum chez l'homme) permet lorsque le besoin urinaire est perçu, de vider la manchette pour permettre une miction normale non dysuriante.

La pompe transfère le liquide contenu dans la manchette vers le troisième élément qui est appelé le ballon régulateur des pressions que l'on place dans la cavité pelvienne à côté de la vessie. Après implantation le SAU est en général inactivé à manchette ouverte pendant une période de 6 semaines. Si passé ce délai, la cicatrisation s'est faite sans phénomènes infectieux, la SAU est alors mis en marche par le chirurgien qui utilise un dispositif prévu à cet effet sur la pompe. L'infection immédiate ou retardée suite à une érosion tissulaire par un élément du sphincter mettant alors celui-ci en contact avec les urines représente l'écueil majeur de cette technique. En effet les 10% de patients qui présentent une érosion-infection doivent être explantés. Une nouvelle implantation ultérieure est programmable dans un délai de 6 mois. Quelques réinterventions plus rares actuellement sont nécessaires chez 10 à 15% des patient(e)s lorsqu'un des éléments du SAU présente un dysfonctionnement et nécessite d'être remplacé.

Dans le cadre de l'insuffisance sphinctérienne majeure, la place de la bandelette TVT est actuellement en évaluation. En effet certaines patientes dont la manœuvre de Bonney est négative et qui de ce fait étaient orientées soit vers une fronde classique soit vers un SAU, ont une manœuvre TVT positive et ont pu bénéficier de l'implantation d'une bandelette TVT avec de bons résultats initiaux. Un suivi à long terme de ces patientes est indispensable pour connaître l'évolution de leur continence avec le temps et surtout apprécier le retentissement du caractère dysuriant de la bandelette TVT sur le fonctionnement de la vessie.

Conclusion

L'incontinence urinaire est une pathologie fréquente et invalidante chez la femme qui souvent n'en parle pas si on ne prend pas le soin d'orienter

l'interrogatoire sur le sujet.

Les examens cliniques et urodynamiques permettent une bonne compréhension des processus qui engendrent les fuites d'urines.

Le traitement sera adapté au mécanisme physiopathologique en cause.

Dans un grand nombre de cas, des séances de kinésithérapie avec électrostimulation vésico-sphinctérienne permettront la correction ou la compensation d'un trouble minime. Lorsque celles ci sont insuffisantes, un traitement chirurgical s'impose. Les progrès technologiques ont rendu celui-ci

moins invasif et plus efficace.

La clé de la réussite reste la rigueur du bilan clinique et urodynamique qui permet d'ajuster au mieux le traitement.

Bibliographie

1. Delancey J. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary

incontinence : the hammock hypothesis. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994 ; 170 : 1713-1720.

2. Petros P, Ulmsten U . Role of the pelvic floor in bladder neck opening and closure. Int Urogynecol. J. 1997 ; 8 : 74-80.

3. Guerinoni L, Treisser A, Klein P, Renaud R. Résultats fonctionnels et urodynamiques de la colpopexie selon Burch. A propos d'une série de 173 cas. J. Gynecol. Obstet . Biol. Reprod. 1991 ; 20 : 231-240.

4. Bruhat MA, Glowaczower E, Raiga J, Wattiez A, Pouly JL, Canis M, Mage G. "Coeliochirurgie" E.M.C. Gynécologie 1995, 71-A-10, 16p.

5. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. Int. Urogynecol. J. 1996 ; 7 : 81-86.