Incontinence urinaire

Annabelle Stainier
Université Catholique de Louvain
Dr Stéphane Baeyens

Définition

- Toute perte d'urine involontaire est une incontinence urinaire
- Continence = « pas de protection ET pas de fuites »

INCONTINENCE

It can happen to anyone anywhere.

\o/ MotivatedPhotos.com

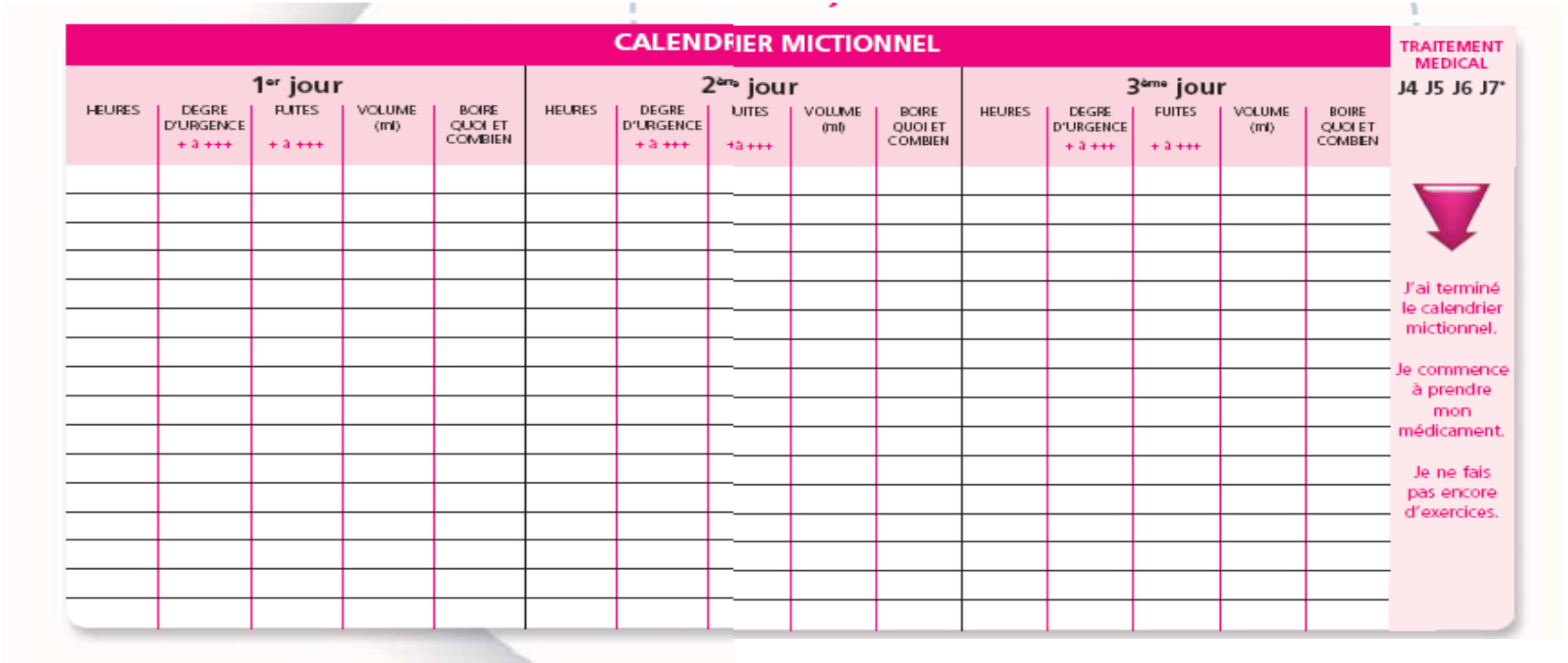
Epidémiologie

- À domicile > 70 ans:
  - ♀ : 15 à 20 %
  - ♂ : 7 à 10%
- En institution:
  - 45 à 55 %

Anamnèse

- QUALITATIF
  - Depuis quand
  - Contexte de survenue
  - Symptomatologie associée
- QUANTITATIF
  - Protections ?
    - Type ?
    - Qui la change ?
    - Combien ?

Carnet mictionnel



CALENDRIER MICTIONNEL

1er jour					2ème jour					3ème jour				
HEURES	DEGRE D'URGENCE + à +++	FUITES + à +++	VOLUME (ml)	BOIRE QUOI ET COMBIEN	HEURES	DEGRE D'URGENCE + à +++	FUITES +à +++	VOLUME (ml)	BOIRE QUOI ET COMBIEN	HEURES	DEGRE D'URGENCE + à +++	FUITES + à +++	VOLUME (ml)	BOIRE QUOI ET COMBIEN

TRAITEMENT MEDICAL
J4 J5 J6 J7*

J'ai terminé le calendrier mictionnel.

Je commence à prendre mon médicament.

Je ne fais pas encore d'exercices.

+ noter contexte de survenue

Examen clinique

Rappel physiologique

- Augmentation graduelle de la sensation d'une vessie remplie
  - **- Premier besoin**
  - **- Besoin fort ➔ vessie remplie**
  - **- Impériosité mictionnelle**
- Stable, continent, faible pression
- Début mictionel volontaire
- Vidange complète (M3)

"Comportement vésical intégrable dans les activités quotidiennes"

Distinction entre l'incontinence par impériosité et l'incontinence de stress

Incontinence par impériosité (incontinence d'urgence)	**Incontinence de stress (Incontinence d'effort)**
Perte involontaire d'urine consécutive à un besoin urgent, irrépressible d'uriner	Perte urinaire involontaire en cas d'effort important, d'éternuement ou de toux
Contraction du muscle de la vessie due à une vessie instable	Fermeture incomplète du sphincter. S'arrête lorsque la pression interne diminue.

Incontinence urinaire d’effort

Incontinence urinaire d’effort

= quand ↗ P abd

Fuite incontrôlable

- ↗ > ménopause
- ↗ si pluripares

- POST PROSTATECTOMIE RADICALE

Incontinence urinaire d'effort
Physiopathologie

↙ force plancher pelvien

- Grossesse
  - Affaiblit la musculature périnéale
  - Favorise POP

=> ! accouchement: éviter vessie pleine, traumatisme, gros bébés…

=>peut être améliorée par kinésithérapie BIEN conduite

Incontinence urinaire d'effort
Physiopathologie

- ↙ force plancher pelvien
- Mode de vie
  - Constipation sévère
  - Tabagisme et bronchite chronique
  - Port de charge quotidien
  - Pratique intempestive de certains sports
- Antécédents chirurgicaux
- (Radiothérapie pelvienne)

Examen clinique

- Évaluer la mobilité de la jonction entre le col de la vessie et l'urètre
- Confirmer ou reproduire la fuite d'urine (vessie remplie et demander à la patiente de tousser…)
- Evaluer la réponse thérapeutique, par exemple en « relevant l'urètre »

Incontinence d’effort

- Principes de traitement :
  - Rééducation mictionnelle
  - Renforcement du plancher pelvien
  - Chirurgie

Incontinence urinaire d’effort

- Chirurgie

  Ne s’adresse qu’aux échecs de rééducation !

  - Bandelettes sous-urétrales
    - TVT
    - TOT
    - TVT-O
- Principe de fonctionnement

Incontinence d’urgence

L’hyperactivité vésicale selon les recommandations de l’ICS

“ *Mictions impérieuses, avec ou sans incontinence par l’impériosité, associéés le plus souvent à une pollakiurie et une nycturie en l’absence d’infection ou toute autre pathologie manifeste ”*

Abrams et al. Neurourol Urodyn 21: 167-178, 2002

Les symptômes d'une vessie hyperactive (ICS)

- **Impériosité** : *besoin urgent et irrépressible* d'uriner, qui est difficile à différer

- **Incontinence par l'impériosité** : *fuite d'urine involontaire* accompagnée par ou immédiatement précédée d'un épisode d'impériosité

- **Pollakiurie** : *le fait d'uriner plus de 8 fois par jour*, souvent accompagné par ou immédiatement précédée d'un épisode d'impériosité

- **Nycturie** : *le fait de se lever plus de 1 fois par nuit pour uriner*, souvent accompagné par ou immédiatement précédé d'un épisode d'impériosité

Abrams P, et al. Urology. 2003;61:37-49.

Prévalence

Une affection courante	16,6% d'OAB[1] ≥ 40 ans
Sous-estimée	Majorité des patients ne cherchent pas de traitement ou restent sans diagnostic[2]
Sous-traitée	27% patients traités[1]
Augmente avec l'âge	30 - 40% d'OAB[1] >75 ans

1. Milsom I, Abrams P, Cardozo L et al BJU Int 2001; 87(9):760-6
2. Goepel M, Hoffmann JA, Piro M et al Eur Urol 2002; 41(3):234-9
3. Wagner TH, Hu TW, Bentkover J et al Am J Manag Care 2002; 8: S598-607

Vessie hyperactive: causes

- Vessie « irritée »
  - Âge (ménopause)
  - HYPERTROPHIE PROSTATIQUE
  - Diabète (! Hyperglycémie)
  - Infection urinaire
  - Cystite interstitielle (mastocytes)
  - Carcinome vésical (tumeur urothéliale)
  - Atcdts de radiothérapie ou chirurgie pelvis
  - Modification génétique (TRPV6) mise en évidence à la KUL en 2007 !

Vessie hyperactive: causes

- Rapport neurologique (lésions médullaires ou centrales)
  - Traumatisme médullaire
  - Maladies démyélinisantes ! (SEP: 30 à 100 % d’incontinence)
  - Parkinson
  - AVC (80 % d’incontinence dans les premiers jours MAIS 15 à 30 % à long terme ! correspond à la fréquence « standard »)

Vessie hyperactive: diagnostic

- ANAMNESE !
- Analyse d’urine !
- Calendrier mictionnel (*quantifier* le problème)
- Examen clinique
  - Prolapsus organes pelviens
  - Tonus anal / sensibilité périnéale
  - Atrophie locale (ménopause)

Carnet mictionnel

- + objectif
- Comportement quotidien de la vessie
- 3-7 jours (24 heures)
- Evaluer:
    - Fréquence des mictions
    - Episodes d'urgence
    - Volume/miction
    - Episodes d'incontinence
    - Degré de l'incontinence
    - Facteurs provoquants l'incontinence

Brown et al. Urology 61: 802-809, 2003

Traitement de l’incontinence par instabilité

- Modifications comportementales
  - Rééducation à la miction
  - Horaire mictionnel
  - Horaire de prise des boissons
  - Eviter constipation
  - + perdre du poids si excès, arrêter de fumer, envisager un traitement hormonal local

Algorithme du traitement

- Médicaments
  - Antimuscariniques = 1er choix dans OAB[1]
    - efficacité incontestée[2]
    - effets secondaires (mauvaise compliance)[3]
    - Sur le marché belge:
      - Oxybutinyne (per os, voie transdermique)
      - Propivérine
      - Solifénacine
      - Darifenacine
      - Toltérodine

1.Expert Opin. Pharmacother. (2002), 3(7), 827-833; 2.The lancet Neurology (2003), 3, 46-53 3. Noe et al. Managed Care Interface 2004, 54-60

Conclusion :
Médecine générale et incontinence

- ANAMNESE :
  - Qualitatif : type d'incontinence
  - Quantitatif
- Examen clinique
- Examen complémentaire
  - vérifier vidange vésicale
- Traitement :
  - Instabilité : anticholinergiques
  - IUE : kinésithérapie périnéale

Rappel

« Le lange fait le lit de la pseudo-incontinence »