



Docteur, ça fuite !

Quel bilan pour une incontinence urinaire chez la femme adulte ?

- Dr Stéphanie Hublet & Léa Radermecker
- Groupe hospitalier HELORA implantation Jolimont/Lobbès



+IELORA
CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES



L'ÉQUIPE D'UROLOGIE



Plan de la présentation

- Un cas clinique
- Quelques conseils pour une anamnèse urologique précise
- Un petit mot d'épidémiologie & de répercussions sociales
- Facteurs de risque d'incontinence
- Définitions/classification des types d'incontinence
- Les différents bilans diagnostics d'incontinence
- Les examens complémentaires à effectuer



Un cas clinique :

- Monique – 66 ans – pensionnée (ancienne technicienne de surface) - 1er contact en consultation d'urologie.
- **G3P2** : 1FC – 2 VB avec 2 épisiotomies. Pas de kiné périnéale à l'époque.
- **Atcd médicaux** : diabète type 2 – surpoids (BMI 28) – HTA contrôlée par 1 coversyl plus.
- **Traitement usuel** : metformax 850mg 1x – Coversyl plus 1x – temesta expidet.



Anamnèse urologique dédiée

Contexte de survenue des fuites :

- **Monique éprouve des difficultés à expliquer sa situation clairement !** Elle nous dit : *« à partir du moment où je me réveille jusqu'au soir; ça presse ! Dès que je dois faire pipi, c'est tout de suite, tout de suite. Je dois « courir » et il y a déjà des gouttes lorsque je m'assois sur les WC. Je dois aussi vous dire que si j'éternue fort ou que je crie sur mes chiens, je mouille ma culotte. Je dois porter une protection tout le temps pour ne pas devoir me changer toutes les 2H »*



Il faut démêler tout ça 😊

Les questions urologiques de base qui guideront votre anamnèse :

P : Pollakiurie : fréquence des besoins ?

U : Urgenturie : lorsque le besoin est ressenti, de combien de temps disposez-vous avant d'atteindre les WC ?

M : mictalgies : avez-vous des brûlures lorsque vous urinez ? Des douleurs dans l'urètre ? Ou des douleurs sus-pubiennes avant d'uriner ?

N : devez-vous uriner durant la nuit ? Est-ce le besoin urinaire qui vous éveille ? Ou êtes-vous éveillé et alors, vous pensez à aller aux WC ?

D : Dysurie : devez-vous pousser afin d'initier la miction ? Avez-vous un délai de latence avant de commencer à uriner ?

H : hématurie : y a-t-il du sang dans vos urines ?

**Il faut ensuite
parvenir à
préciser
l'importance
des fuites**

***Voici quelques questions qui permettent de
définir le degré d'incontinence ?***

- Combien de fois par jour ou par semaine avez-vous des fuites urinaires ?
- Portez-vous des protections urinaires ?
- Combien de fois par jour devez-vous changer de protection ?
- Quel type de protection portez-vous ?
- Devez-vous changer de vêtements ?
Plusieurs fois par jour ?

Parfois une mise en situation vaut mieux qu'une question difficilement comprise...

Voici 1 première histoire à raconter au patient:

1/ Vous êtes à la caisse du magasin; vous ressentez l'envie d'uriner. Disposez-vous de suffisamment de temps que pour payer vos articles, les ranger dans votre voiture et rentrer à l'aise? Ou devez-vous vous interrompre & aller aux WC de la grande surface ?

2/ Si vous avez pu post poser le besoin d'uriner; celui-ci vous reprend lorsque vous arrivez en voiture à la maison. Ressentez-vous l'urgence en ouvrant la porte de la maison ? Parvenez-vous à la contenir ou la miction commence-t-elle à ce moment-là ?



Parfois une mise en situation vaut mieux qu'une question difficilement comprise...

Voici une 2ème histoire :

- Il est 14H et vous ne ressentez pas le besoin d'uriner.
- Vous êtes enrhumée et sans prévenir vous éternuez
- Vous percevez alors une fuite importante dans vos sous-vêtements.
- Autre chapitre de cette histoire : les fuites urinaires à la toux. Lorsqu'on élève la voix. Lorsqu'on change de position. Lorsqu'on pratique du sport...



Les réponses de notre patiente

P : OUI. Je fais pipi au minimum toutes les heures !

U : lorsque je ressens le besoin, je dois y aller tout de suite

M : non je ne ressens pas de douleur. J'ai déjà eu des cystites mais c'est rare.

N : oui, durant la nuit, mon besoin d'uriner m'éveille à 2 reprises et je dois courir pour aller au WC. L'urine commence à couler lorsque je sors du lit.

D : non. Je ne dois jamais pousser. Que de contraire. C'est explosif.

H : non je n'ai pas de sang dans les urines.

Les réponses de notre patiente concernant les protections :

- Elle porte 2 protections/jour. Elle change souvent le midi car la protection est mouillée.
- Durant la nuit, elle porte un lange culotte.



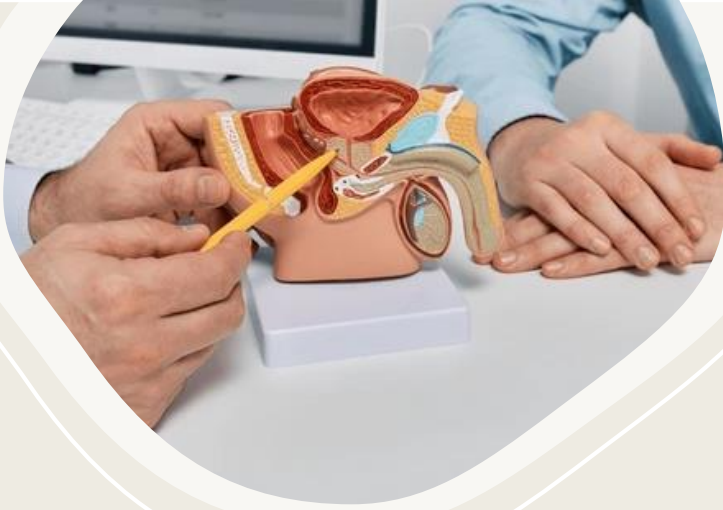
Les réponses de notre patiente à nos mises en situation

1^{ère} histoire: si elle est à la caisse de la grande surface; elle doit aller aux WC sans attendre. D'ailleurs, elle connaît les WC de tous les endroits dans lesquels elle fait ses courses.

Lorsqu'elle rentre chez elle et qu'elle arrive près de la porte d'entrée; les fuites surviennent déjà.

2^{ème} histoire : elle se reconnaît dans toutes les situations ! Peu importe qu'elle ait envie d'uriner ou pas, si elle fait un effort, elle a des fuites





Petits rappels théoriques

Avant de poursuivre avec notre
patiente



Les problèmes de contrôle de la vessie sont un sujet tabou

Il y a beaucoup de fausses idées qui courent sur le sujet...

Sentiment de honte

Conséquence inévitable du vieillissement

Une des répercussions d'une grossesse précoce ou multiple

Sans doute pas de traitement médical efficace



Impact du manque de contrôle vésical sur la qualité de vie

Répercussions sur la vie intime avec le partenaire

Conséquences psychogènes (honte, peur, stress, dépression...)

Réduction des activités sociales

Arrêt des activités sportives

Port de protections et de sous-vêtements spéciaux

Impact sur les relations professionnelles et la productivité au travail

Troubles de la continence :

Epidémiologie

Incidence croît avec l'âge : 12% à 50ans, 24% à 85ans

< 1 femme sur 2 en parlera

Etude norvégienne : parmi les femmes incontinentes

- tout âge confondu :

50% IUE

10 à 20% IUU

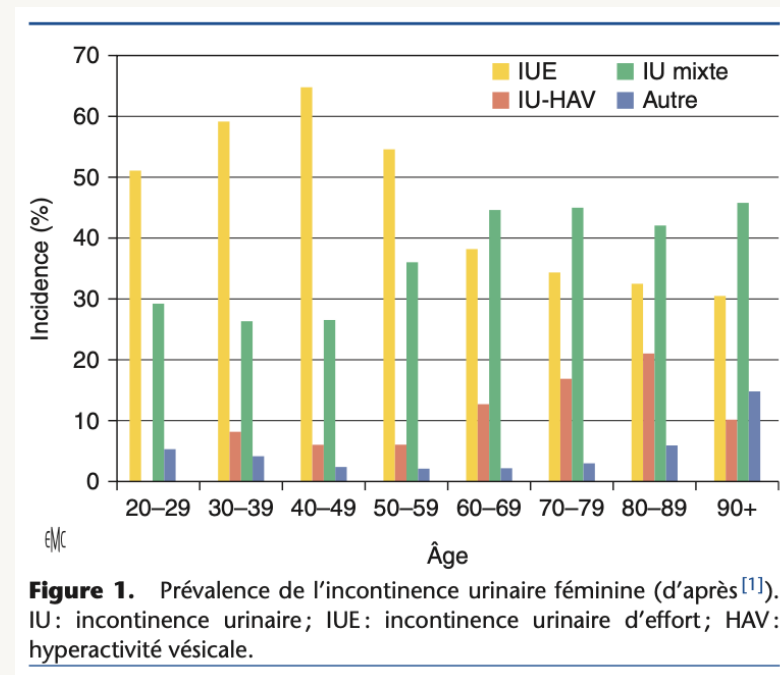
Pour le reste : IU mixte (30 à 40%)

Si on classe par âge :

IUE = la + fréquente chez la femme de < 50 ans

IUU prédomine chez la femme > 50 ans.

Cout individuel (traitements palliatifs, couches) : 1500€/an

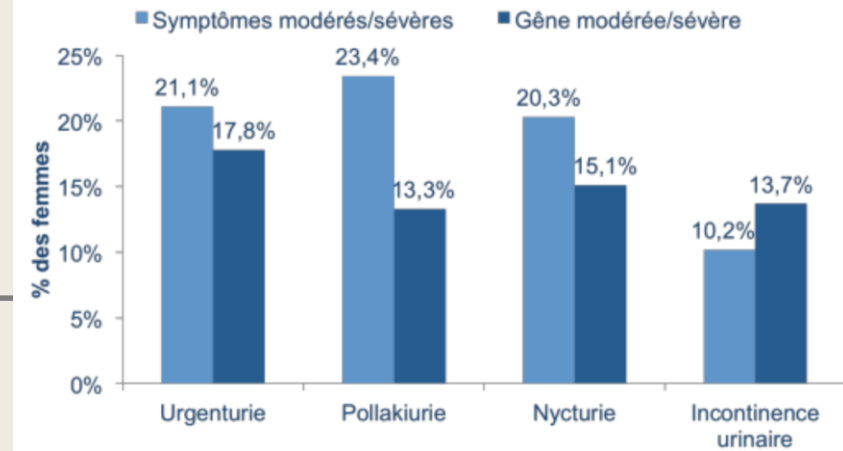


Prévalence en Belgique

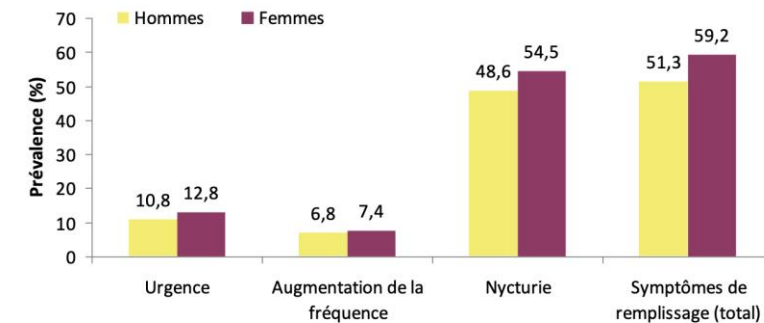
1 femme de > 40ans sur 3 qui se présente chez son médecin traitant, avait des problèmes de contrôle vésical

52% urgenturie!

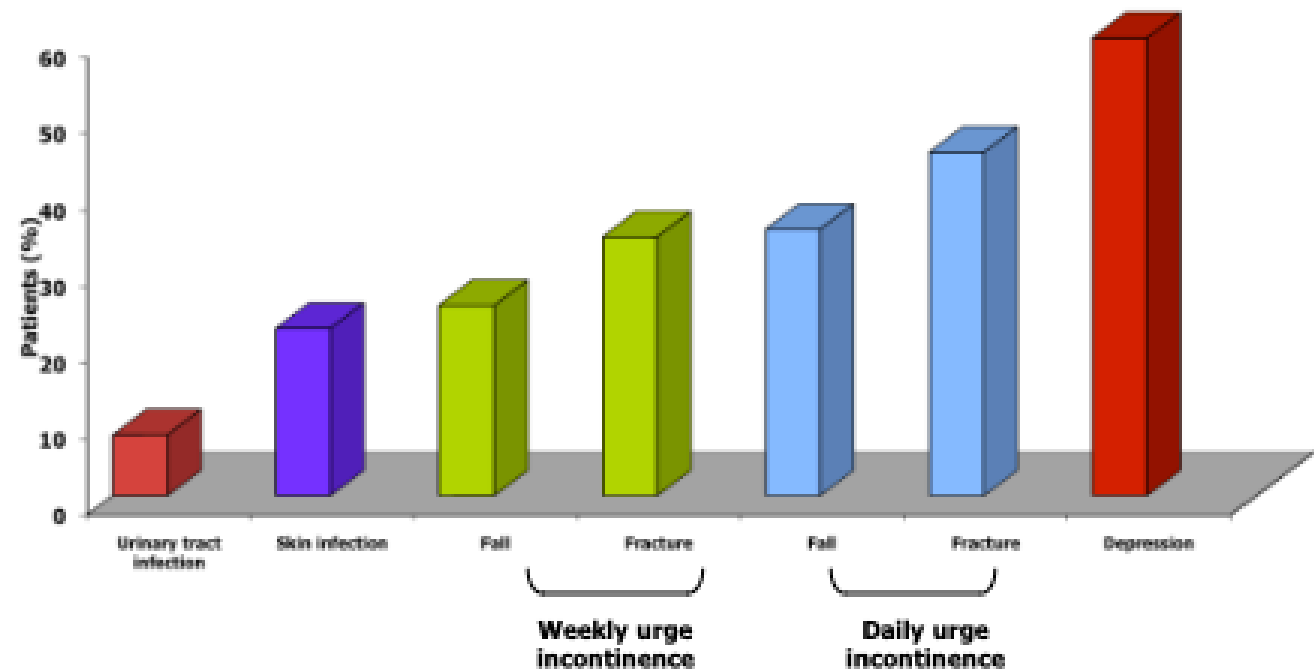
Ces problèmes de contrôle vésical génèrent une gêne modérée à très importante chez 1 femme sur 6



De Ridder D, Roumeguère Th et al. Int J Clin Pract. 2013



Comorbidités liées à l'incontinence urinaire d'urgence



Brown JS, McGhan WF, Chokrovery S. Comorbordities associated with overactive bladder. Am J Manage Care 2000a;6(suppl): S574-9

Les devoirs du médecin

Prévenir

Dépister :

- Par un interrogatoire minutieux
- Par un examen clinique complet (classer et évaluer)
- Considérer le terrain de la patiente

Traiter tôt tout
syndrome de
relâchement
périnéal

Définition des troubles de la continence

Définition des troubles de la continence : Tout désordre du comportement normal de la continence et/ou de la miction.

- Mictions trop fréquentes.
- Mictions trop pressantes.
- Difficulté ou impossibilité à uriner

Définition de l'incontinence : perte involontaire d'urine (ICS 2001).

Facteurs de risque (1)

Statut gynécologique :

Durant la grossesse : risque d'incontinence accru lié

- à modification périnéale
- modification posturale – variations tensions tissulaires (relaxine)
- prise de poids.

Cumulatif : prévalence proportionnelle au nombre de grossesses.

Travail prolongé, épisiotomie, position en siège du fœtus in-utero, périmètre crânien large par rapport à la capacité d'élasticité du périnée,

Traumatismes et lésions musculaires (déchirures)

Absence d'une rééducation périnéale postnatale.

.



Facteurs de risque (2)

Ménopause (carence oestrogénique)

Atrophie des muqueuses urétrales et vaginales

Diminution de la vascularisation péri-urétrale et donc raréfactions des récepteurs adrénergiques.



Facteurs de risque (3):

Activités physiques intensives & activité professionnelle :

Sur sollicitation de la sangle abdominale.

Sports de haut-niveaux favorisent l'incontinence par l'étirement des fibres musculaires sur les structures de soutien des organes.

Sur sollicitation abdominale et un manque de contrôle périnéale oublié lors de ces efforts



Facteurs de risque (4) :

L'âge :

Diminution en efficacité des muscles du plancher pelvien due à la carence hormonale (ménopause).

Vieillesse physiologique → diminution de l'élasticité causé par la diminution qualitative et quantitative du collagène présent dans les tissus, les muqueuses, la peau et les muscles du plancher pelvien.

Diminution de la sensibilité du sphincter lisse.

L'ethnie

Caucasiennes : probabilité supérieure à l'incontinence par rapport aux afro-américaines et aux asiatiques.

Le mode de vie

Troubles de l'exonération

Irritatifs vésicaux (alcool, café)

Tabagisme chronique et toux

Infections urinaires



Facteurs de risque de l'incontinence (5) :

Les antécédents chirurgicaux

Modification topographie viscères
et soutien musculo-aponévrotique
Hystérectomie controversée !
Fracture du bassin
Section de l'urètre lors d'une
chute.

Support pelvi-périnéal

**Stabilité = indispensable pour
continence**

- Fascias pelviens aponévrotique et tendineux
- Paroi vaginale antérieure
- Diaphragme uro-génital (releveur de l'anus)
- Qualité tonus périnéo sphinctérien

Maladie neurodégénérative :

parkinson – AVC – démence.

Facteurs de risque de l'incontinence (6) :



Médicaments

Diurétiques.
Certains anti-dépresseurs



Diabète de type 2 – carence en vitamine B12.



Toux chronique

pression abdominale élevée qui entraînera faiblesse
système de soutien des organes pelviens

Quelques détails sur les médicaments :

Médicaments pouvant favoriser une incontinence urinaire

- Alpha-bloquants
- Myorelaxants,
- Anti-inflammatoires,
- Inhibiteurs calciques,
- Sympathicomimétiques, Bétastimulants:
- Diurétiques

Médicament pouvant induire un blocage du col avec rétention urinaire et fuites par regorgement :

Blocage du col : Morphiniques

Relaxation du détrusor & fermeture du col

- Anti-dépresseurs
- Antiparkinsoniens

Augmentation de la pression urétrale :
Bêta-bloquants

Facteurs de risque (7)

- **La population :**

Variabilités sur la prévalence de l'incontinence urinaire d'effort inter-individuelle

- **La génétique** : si la mère et/ou la sœur souffre d'une incontinence, le risque concernant le sujet est multiplié par trois.



Facteurs de risque (8)

La sédentarité

Le stress

L'obésité : (indice de masse corporelle (IMC) > 30).

15 % de perte de poids est nécessaire pour améliorer les symptômes d'incontinence.

La perte rapide de la masse graisseuse : le périnée n'a pas le temps de s'adapter à sa nouvelle structure.



Existe-t-il une prévention primaire ?

Modifications du Style de Vie

Hygiène alimentaire,

Perte de Poids

Stopper le Tabagisme

Eviter Exercices de soulèvement / force

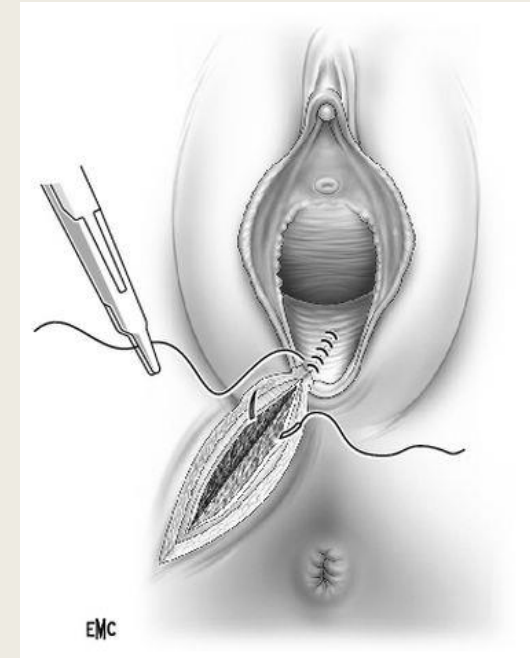
Traitement efficace de la constipation

Grossesse et Accouchement

Kiné pré natale

Contrôle actif du travail Episiotomie : (Rôle de la césarienne électorique?)

La prise en charge de ces facteurs de risque permet une réduction des troubles de la continence.



Troubles de la continence : différents types :

IUE : incontinence urinaire
d'effort

IUU : incontinence urinaire
d'urgence

Insuffisance sphinctérienne

Autres types

- 40% des cas : les 2 sont associés = incontinence mixte

Incontinence urinaire à l'effort : IUE

Définition : émission brusque d'urine par le méat urétral, non accompagnée d'un besoin, survenant lors d'un effort qui augmente la pression abdominale, le plus souvent en ***position debout ou aux changements de position : toux, éternuement, rire, course, marche, port de charge...***

Caractéristiques :

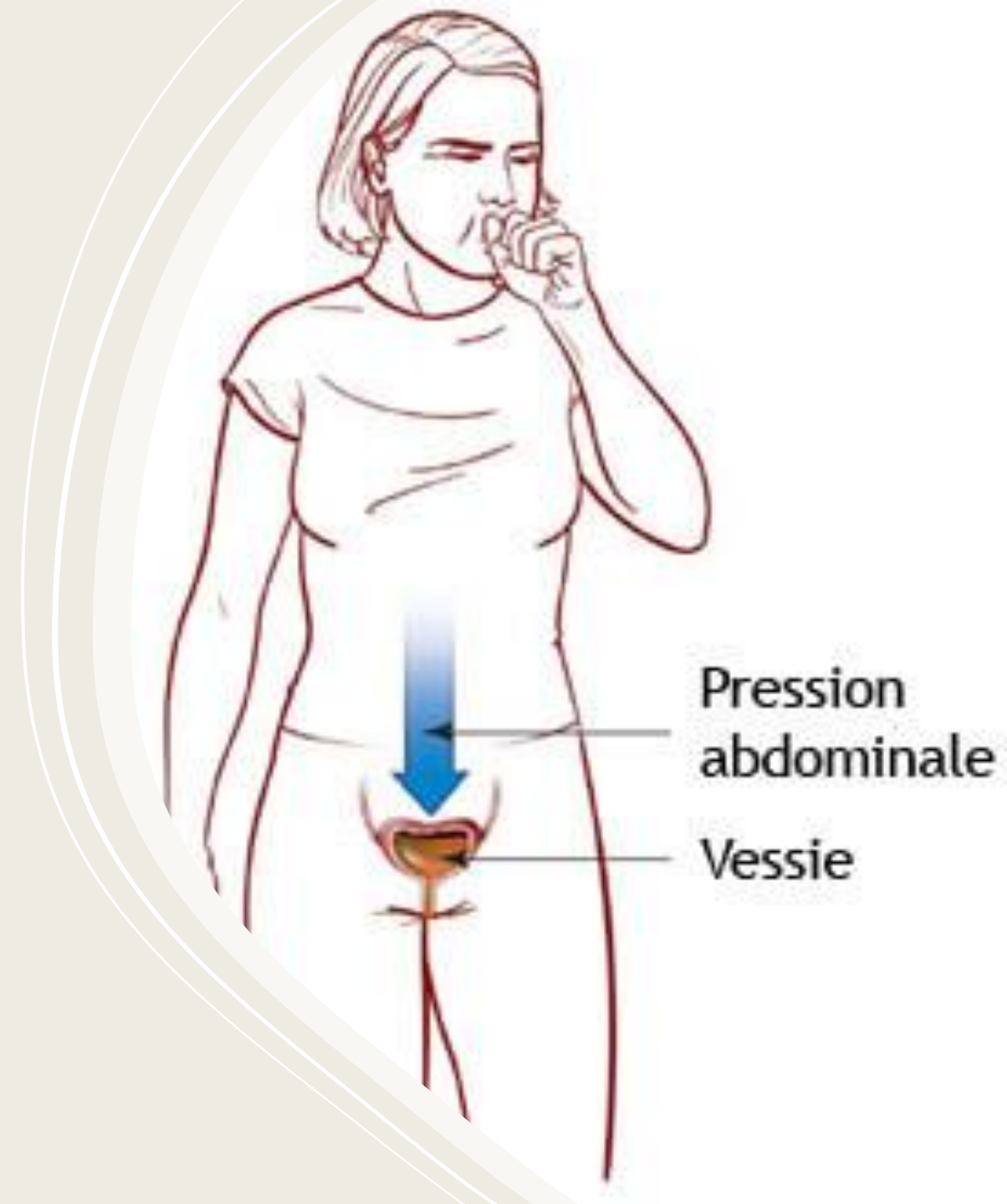
Fuite en jet bref, puissant mais peu abondant.

Non précédée de sensation d'urgence mictionnelle.

Synchrone de l'effort.

Cessant avec lui.

Survient en général en position debout.



Classer et évaluer : IUE

Par une approche subjective on peut classer l'incontinence en stades et degrés

Stade 1: pertes à la toux, rire....

Stade 2: pertes aux changements de position, lors du soulèvement d'une charge...

•**Stade 3:** pertes au moindre effort

IUE Degrés

- **Degré 1:** épisodique
- **Degré 2:** importante
- **Degré 3:** majeure permanente, même la nuit



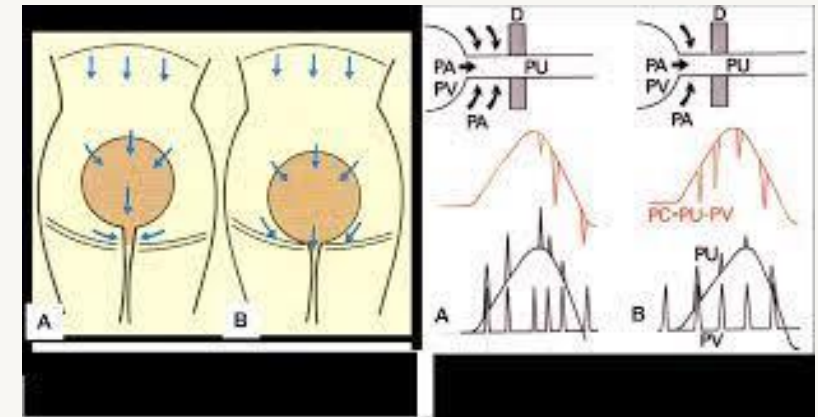
Pathophysiologie de l'incontinence urinaire d'effort :

Incontinence urinaire d'effort : pathologie urinaire la plus fréquente chez la femme

Plusieurs hypothèses physiopathologiques différentes ayant conduits à différents traitements

- Hypermobilité cervico urétrale < défaut des structures musculo-ligamentaires de soutien
- Insuffisance sphinctérienne
- Ces 2 mécanismes peuvent être associés

Mécanismes mixtes passifs, actifs et de terrain



Incontinence urinaire par urgenturie : IUU

Définition : incontinence urinaire par urgenturie est une émission d'urine précédée par un besoin soudain, impossible à inhiber et ce, malgré un effort de retenue volontaire.

Diagnostic = clinique.

Types :

- IUU périphérique
- IUU neurogène

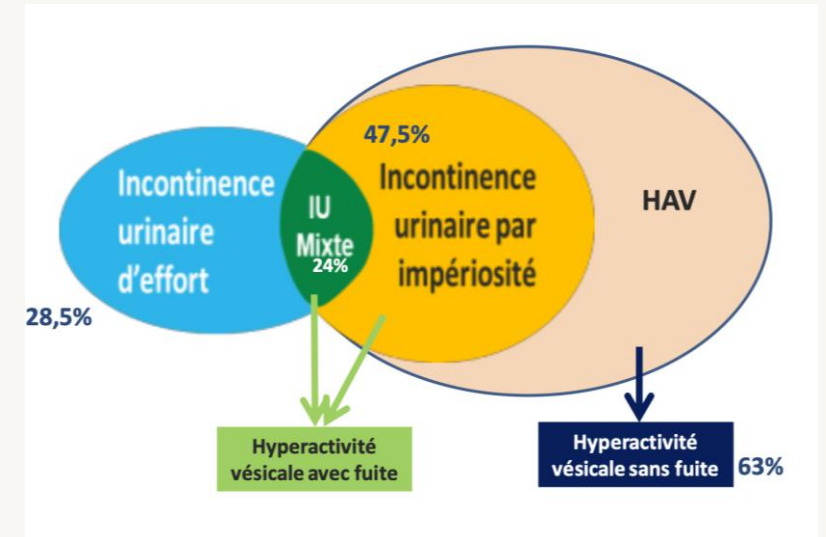
Hyperactivité vésicale / vessie hyperactive : terminologie :

Son diagnostic est clinique et se base sur les symptômes de la patiente.

L'urgenturie est au centre de la plainte.

Cette urgenturie s'accompagnera +/- de pollakiurie – nycturie – fuites.

--> Dans l'hyperactivité vésicale; les fuites ne sont pas toujours présentes. Seule l'urgenturie domine !



Incontinence par hyperactivité vésicale

Caractéristiques des fuites :

- Fuite spontanée en nappe abondante
- Précédée de gêne, crampe hypogastrique
- Induite par un stimulus
- Différée d'un effort inducteur
- Non répressible
- Volontiers à vessie pleine

Stades :

- Précocité: Pollakiurie, besoins impérieux
- Tardif : incontinence urinaire isolée

Physiopathologie de l'HAV

- **Origine neurologique** : mal comprise encore : pas de cours de neuro-uro ce jour



Quelques pistes pour comprendre l'origine neurologique :

Modification des propriétés du muscle lisse

Altérations fonctionnelles urothélium (hypersensibilité)

Anomalie du traitement sensoriel régulant la continence (trophicité neuronale type C afférentes)

Augmentation de la libération d'acétylcholine et/ou « up-regulation » des récepteurs muscariniques.

- **Origine non neurologique**
- *Vessie désinhibée de l'enfant (pas de détail ce jour car en dehors du spectre de cet exposé)*

Types d'HAV non neurologiques

Idiopathique

- **Psychogène** : corticalisation de la fonction vésicale
- **Sensorielle** : passez les mains sous l'eau froide par ex
- **Émotionnelle** : réaction à une situation stressante.
- **Conditionnée** : j'urine toujours en rentrant à la maison.



Types d'HAV non neurologiques

→ *Affections de voisinage :*

- ***Origine urologique :***

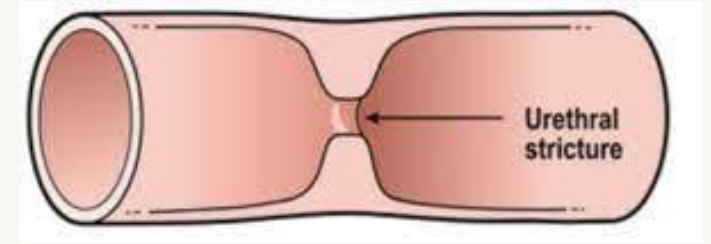
Obstruction urétrale, polype de vessie, cystites, lithiases...

- ***Origine iatrogène :***

Médicament / toxique (café/alcool)

Chirurgie

Radiothérapie



Concernant notre patiente :

Elle présente donc une : ***une incontinence urinaire mixte.***

- Incontinence urinaire d'effort : stade 2
- Hyperactivité vésicale associée à une incontinence par urgence à un stade tardif.

→ ***Maintenant, quel bilan devons-nous effectuer ?***



Un examen clinique minutieux :

Examen clinique en 3 temps:

Inspection

Examen clinique (spéculum rarement employé en clinique).

Touchers pelviens

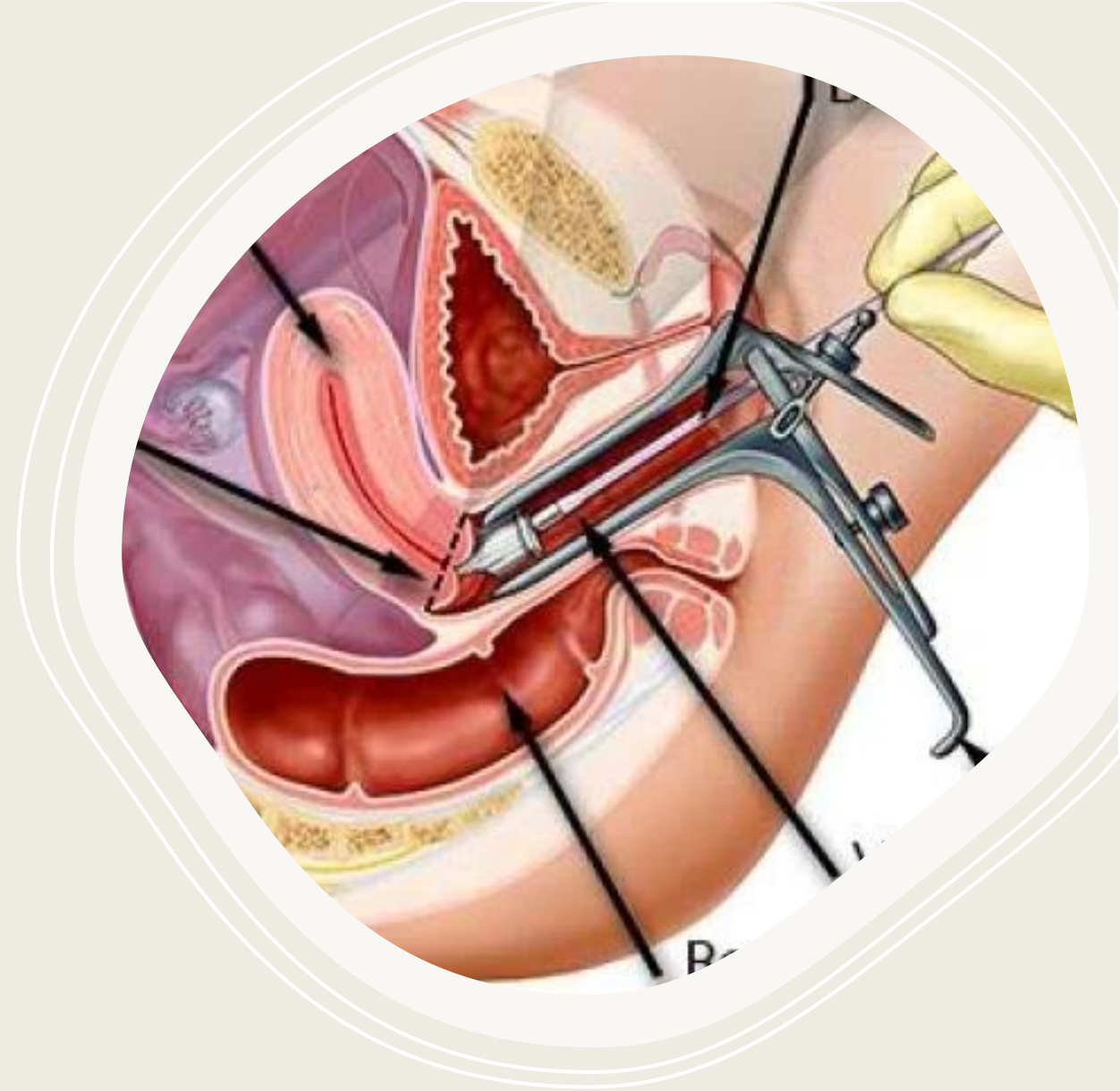
Chaque acte devant être réalisé:

Au repos

En poussée abdominale

À la toux

A la retenue



Examen clinique

Au repos

- Trophicité vulvo-vaginale
- Etat du périnée, existence de cicatrices
- Prolapsus
- Ectropion du méat urétral

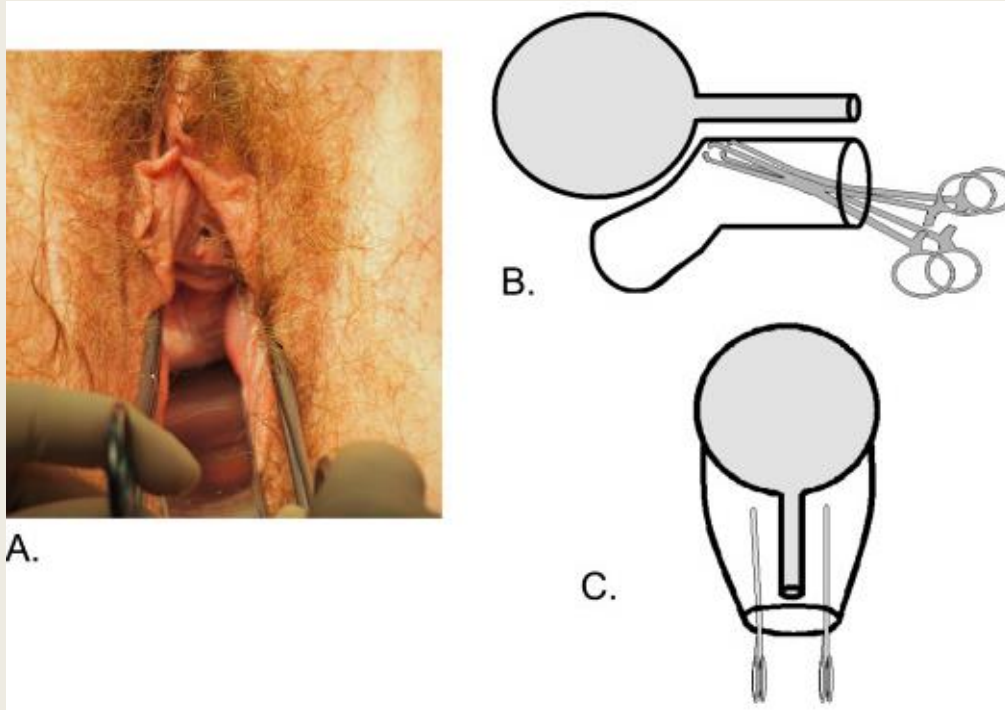
En poussée

Parfois apparition d'un prolapsus uniquement en poussée

A la toux

Fuites urinaires synchrones de la toux





L'examen clinique spécifique à l'IUE : reproduction de la fuite urinaire

Mise en évidence des fuites urinaires patentes à la toux et les tests dynamiques de l'hyper mobilité urétrale

Reproduire la fuite lors de l'effort

Manœuvre de Bonney

Manœuvre de soutènement de l'urètre moyen

Bilan de l'IUE : la classer & l'évaluer :

- Appréciation du retentissement des troubles fonctionnels sur la qualité de vie (questionnaire...)
- ***Calendrier mictionnel*** en cas de pollakiurie
- ***Pad test***: évaluation quantitative des fuites

Nom : _____ Date : ____/____/____

Questionnaire sur l'impact des troubles de la statique pelvienne – Version courte (PFIQ-7)

Instructions : Certaines femmes constatent que leurs symptômes urinaires, intestinaux ou vaginaux ont un impact sur leurs activités, leurs relations avec les autres et leur état d'esprit. Pour chaque question, cochez (X) la réponse décrivant le mieux à quel point vos symptômes ou troubles urinaires, intestinaux ou vaginaux ont affecté vos activités, vos relations avec les autres ou votre état d'esprit au cours des 3 derniers mois. Merci de cocher une réponse dans **chacune des trois colonnes** pour chaque question.

De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants →→→ affectent-ils 4	Symptômes urinaires ou vessie	Symptômes intestinaux ou rectum	Symptômes vaginaux ou pelviens
1. Votre capacité à faire des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive) ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
2. Votre capacité à avoir une activité physique (marche, natation ou autre forme d'exercice physique) ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
3. Vos sorties, par exemple aller au cinéma ou à un concert ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
4. Votre capacité à effectuer un trajet en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de chez vous ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
5. Votre capacité à participer à des activités avec d'autres personnes en dehors de chez vous ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
6. Votre état émotionnel (nervosité, dépression, etc.) ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
7. Votre sentiment de frustration ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup

Mapi Research Institute - Traduction française financée par les Laboratoires Coloplast.

Pad test

Mesure objective, qualitative et quantitative de la perte d urines ou cours d'une épreuve normalisée (exercices standardisés).

Patiente équipée d'une protection absorbante qui sera pesée après un délai de temps afin d'évaluer la quantité d'urine perdue.

Durée : 1 heure :

Pesée bande

Valeurs

- $< 2\text{ g}$: *absence d'incontinence*
- $2\text{-}10\text{ g}$: *incontinence modérée*
- $10\text{-}50\text{ g}$: *incontinence sévère*
- $> 50\text{ g}$: *incontinence majeure*





Quels examens complémentaires pour l'IUE :

Quels sont les examens complémentaires :

- E.M.U. (bilan de base).

Si IUE pure (fuites reproduites à l'examen clinique + anamnèse claire) :

- Pas d'imagerie ni de BUD avant la 1^{ère} étape thérapeutique qui sera conservatrice.
- On réalisera un bilan plus poussé (cystoscopie + BUD) avant la ligne thérapeutique chirurgicale.



Bilan de l'IUU :

Examen clinique dédié :

- Tests de reflexe périnéal
- Etude de la sensibilité périnéale
- Examen vaginal chez les femmes

Possible examen neurologique plus général

Journal des mictions :

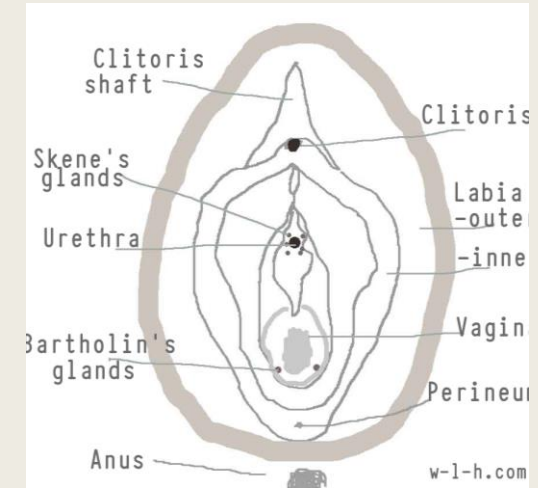
Informations écrites sur

- *La miction et les symptômes sur plusieurs jours*
- *Les habitudes relatives à la consommation de boissons*



Examen clinique dédié à l'IUU :

- Observation du patient : fondamentale
- Testing périnéaux : tonicité, contractilité & sensibilité périnéale
- Réflexes : anal à la toux – contraction volontaire anal - réflexe clitorido-anal



Mardi 11 octobre 2017

	Heure 	Volume d'urine (ml) 	Sensation de besoin 					Fuites urinaires (x) 	Change- ment de protection (x) 	Boissons 	
			0	1	2	3	4			Volume (dl)	Type
 Lever	7h30	400				x			x		
	8h									3	Café
	10h30	150				x					
	12h									2	Eau
	13h30	200			x						
	19h	140					x	x	x		
Coucher	22h30									2	Tisane
	23h										
	2h	x					x	x	x		

**Journal des
mictions /
calendrier
mictionnel :**

Journal des mictions : action thérapeutique propre

Complété par le patient, de préférence pendant 3 jours **non consécutifs**.

Image objective de la fréquence et du volume des mictions.

Informations sur les mictions (nocturnes) et de la capacité mictionnelle fonctionnelle

Time	Drinks		Urine output	Bladder sensation	Pads
	Amount	Type			
6am WOKE			350ml	2	
7am	300ml	tea			
8am			✓	2	
9am					
10am	cup	water	Leak	3	✓

Peut être pondéré afin d'évaluer la sévérité ou la réponse au traitement

Collecter



Meilleure connaissance de la consommation

Codes de la sensibilité vésicale :
0 – Pas de sensation ni de besoin d'uriner, mais miction pour des « raisons sociales »
1 – Besoin normal d'uriner et absence d'urgence mictionnelle
2 – Urgence mictionnelle mais elle disparaît avant que vous allez aux toilettes
3 – Urgence mictionnelle mais vous parvenez à atteindre les toilettes ; l'urgence mictionnelle est toujours présente mais vous n'avez pas eu de fuite urinaire
4 – Urgence mictionnelle et vous n'avez pas pu atteindre les toilettes à temps ; vous avez eu une fuite urinaire

Questionnaires dédiés à l'évaluation des répercussions de l'IUU

Questionnaire OAB-q

Une impériosité inconfortable ?

Une urgence mictionnelle sans besoin avant-coureur ?

Perte accidentelle d'une petite quantité d'urine ?

Perte d'urine nocturnes ?

Se réveiller la nuit pour des mictions

Perte d'urines associées à un fort besoin d'uriner

Pt ID No.

OAB-q Short Form Symptom Bother

This questionnaire asks about how much you have been bothered by selected bladder symptoms during the past 4 weeks. Please *check the box* that best describes the extent to which you were bothered by each symptom during the past 4 weeks. There are no right or wrong answers. Please be sure to answer every question.

During the past 4 weeks, how bothered were you by...	Not at all	A little bit	Some-what	Quite a bit	A great deal	A very great deal
1. An uncomfortable urge to urinate	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
2. A sudden urge to urinate with little or no warning	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
3. Accidental loss of small amounts of urine	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
4. Nighttime urination	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
5. Waking up at night because you had to urinate	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
6. Urine loss associated with a strong desire to urinate	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

Attention : les recommandations se contredisent concernant la réalisation d'un bilan complémentaire pour l'IUU

Pas systématiquement recommandé...à faire uniquement au cas par cas !

Mais certains prônent leur utilité :

- Exclure une infection urinaire
- Exclure une mauvaise vidange
- Exclure une lithiase/un polype vésical
- Absence de réponse au traitement
- Pathologie complexe
- Etc.

Les buts des examens complémentaires :

Evaluation de la capacité et de la vidange vésicale (échographie – calendrier mictionnel): exclure une rétention par ex.

Diagnostic d'une hyperactivité détrusorienne associée à l'IUU : bilan urodynamique

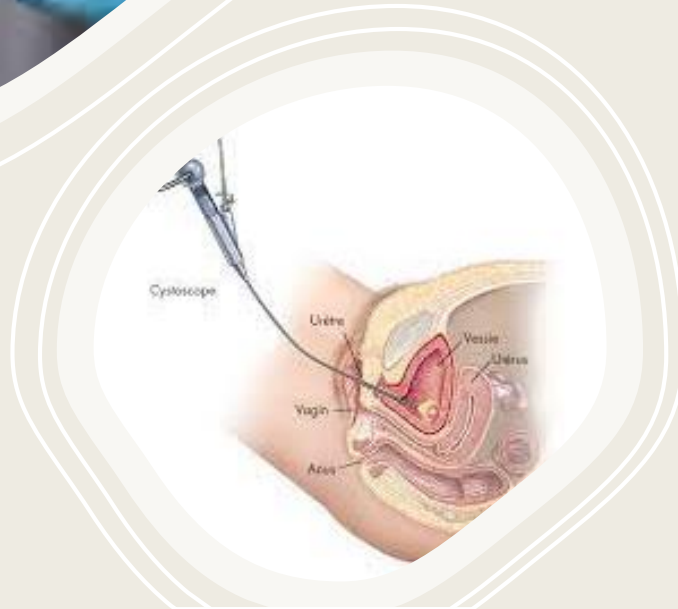
Eliminer les pathologies intercurrentes (qui une fois traitée améliorerait la symptomatologie) : infections urinaires – lithiases – diabète...

Etablir ensuite un plan thérapeutique.



Examens complémentaires nécessaire au bilan de l'IUU

- Tests cytologiques des urines
- Tests bactériologiques des urines
- Echographie supra-pubienne
- Urétrocystoscopie
- Débitmétrie urinaire avec calcul du résidu post mictionnel (sondage IN/OUT ou échographie sus-pubienne).
- Tests urodynamiques : pas de place en 1^{ère} intention mais après échec des 1ers paliers thérapeutiques et dans des indication précise.
- Tests urodynamiques : prescrit par l'urologue uniquement selon le cas.



Le bilan urodynamique...

Il représente une évaluation objective du fonctionnement du réservoir vésical...

Il comprendra généralement :

Cystomanométrie : pression vésicale

Profilométrie : pression urétrale

Débitétrie : quantifie la miction

Il représente une véritable enquête :

Histoire personnelle : métier – sports – enfants –
atcd de chirurgie – difficultés et habitudes
urinaires et défécatoires – vie affective – boissons
– alimentation...



Les courbes du bilan urodynamique

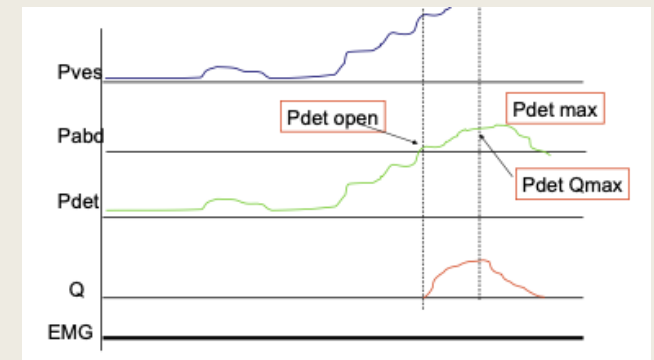
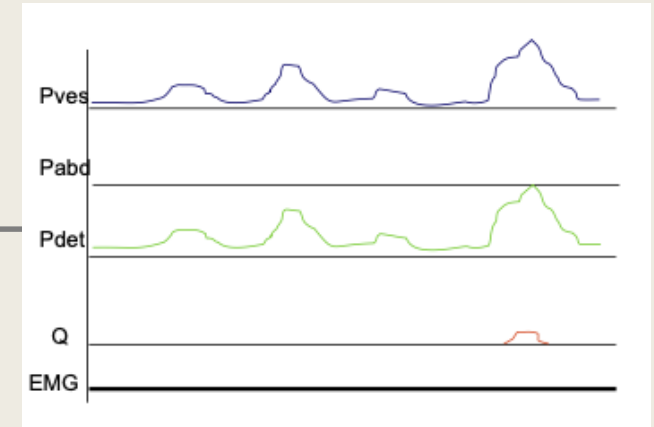
Expertise de l'équilibre vésico-sphinctérien

Intérêt :

- Confirmation/dépistage de l'hyperactivité detrusor
- Quantification
- Appréciation/origine de la pathologie

Buts:

- Définir, orienter, évaluer
- Traitement et pronostic



À ce stade : qu'a-t-on effectué comme bilan à notre patiente ?

IUE stade 2.

Examen clinique :

- Trophicité vulvo-vaginale : normale.
- Périnée normale en l'absence de cicatrices ou de prolapsus/ectropion.
- Fuites reproduites de manière synchrone à la toux.
- La manœuvre de soutènement urétral annule la fuite.
- Pas de PAD test car situation clinique claire.

IUU à un stade tardif :

- Examen clinique : normal en termes de sensibilité et de tonus musculaire.
- Reflexe de Babinski normal.
- Journal mictionnel (dia suivante) : 17 besoins diurnes pour un volume moyen à 50ml (faible). Urgence décrites 2 mictions sur 3. 2 levers nocturnes avec fuites par urgence et fuites au changement de position.
- Score OAB-q : 29/36 : patiente très dérangée par sa situation clinique.



Calendrier mictionnel 24 H

Heures	Quantité (ml)	Qualité (normal, urgent, précaution, fuite)	Boissons
± 7h.	± 50ml.	URGENT	7h Eau. (1 Verre)
7h22	± 50ml.	URGENT	7h15 " "
7h39	50ml	URGENT	
8h02	± 60ml	URGENT	9h (eau) (1 Verre)
9h39	± 100ml	TRES URGENT	9h30 (1 Mini expresso)
10h15	un peu - de 50ml	URGENT	
10h58	± 50ml	URGENT	10h (1 Verre Eau)
11h56	(±)	URGENT	11h (1 Verre Eau)
12h23	± 50ml	Semi-URGENT	12h (1 Verre Eau)
13h10	± 50ml	URGENT	13h (" ")
14h00	50ml	URGENT	13h15 (1 Verre d'eau)
14h20	± 40ml	Embrie	14h00 (1 Verre eau citron)
18h00	± 40ml	URGENT	
18h35	± 50ml	URGENT	
16h10	2,3 gouttes	URGENT (je n'en fais plus!)	
18h14	2,3 gouttes	NORMAL	17h (jus d'orange local)
19h40	50ml	NORMAL	
21h30	70ml	Embrie	2 verres d'eau (20h)

La reproductibilité des données obtenues par le calendrier mictionnel a été démontrée
Mais peu utilisé par les urologues (6% en France en 2016)

V. Phéa & X. Gamé 2020

Journal mictionnel de Monique

Face au caractère mixte de son incontinence, décision d'un bilan complémentaire :

Sédiment urinaire : normal.

Culture : stérile

Débitmétrie : explosive en l'absence de résidu post-mictionnel.

Echographie de l'appareil urinaire : absence de maladie lithiasique.
Parois vésicales semblant épaissies.

***Vu les antécédents tabagiques*, cystoscopie** afin d'exclure toute
pathologie urothéliale : normale

→ Bilan parfaitement rassurant.

A ce stade-ci de l'histoire de Monique; nous allons lui proposer le 1er pallier thérapeutique...En avant donc pour les traitements !



Moyens thérapeutiques disponibles : IUE

Triple

- Rééducation pelvi-périnéale
- Chirurgie
- Médicaments



Rééducation pelvi-périnéale :

3 piliers :

Traitement des troubles de la statique pelvienne

Rétablissement de la continence urinaire et anale

Harmonisation de la fonction sexuelle

Prise en charge globale de l'enceinte abdomino-pelvienne : objectifs :

- Compréhension de la pathologie
- Conseils hygiéno-diététiques & comportementaux (désensibilisation)
- Rééducation du plancher pelvien
- Gymnastique hypo-pressive
- Electro-stimulation : **de – en – employée.**
- 50% satisfaction (variable surtout selon motivation patiente).



Rééducation pelvi-périnéale

Mise sur une récupération musculaire des releveurs de l'anus

Nécessite une commande musculaire volontaire adaptée

Participation forte de la patiente et ... du kinésithérapeute

2 principes

- Bio-feed back (+ travail du réflexe détrusor-périnée)
- l'électro-thérapie à basses fréquences (30 à 50 Hz) : en perte de pratique. Peu d'effet bénéfiques à long terme; de moins en moins utilisé.

Minimum 18 séances à répéter si amélioration objective

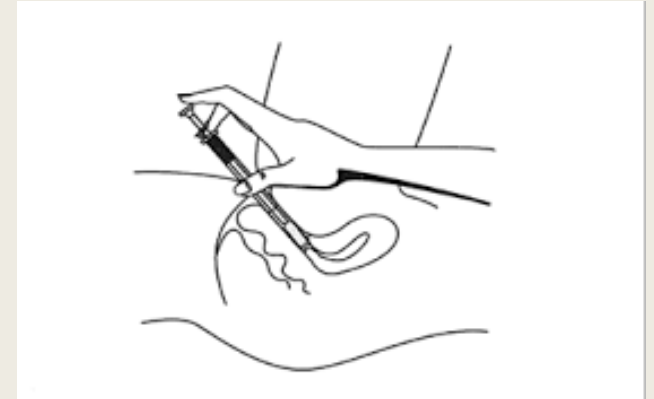


Traitement médicamenteux

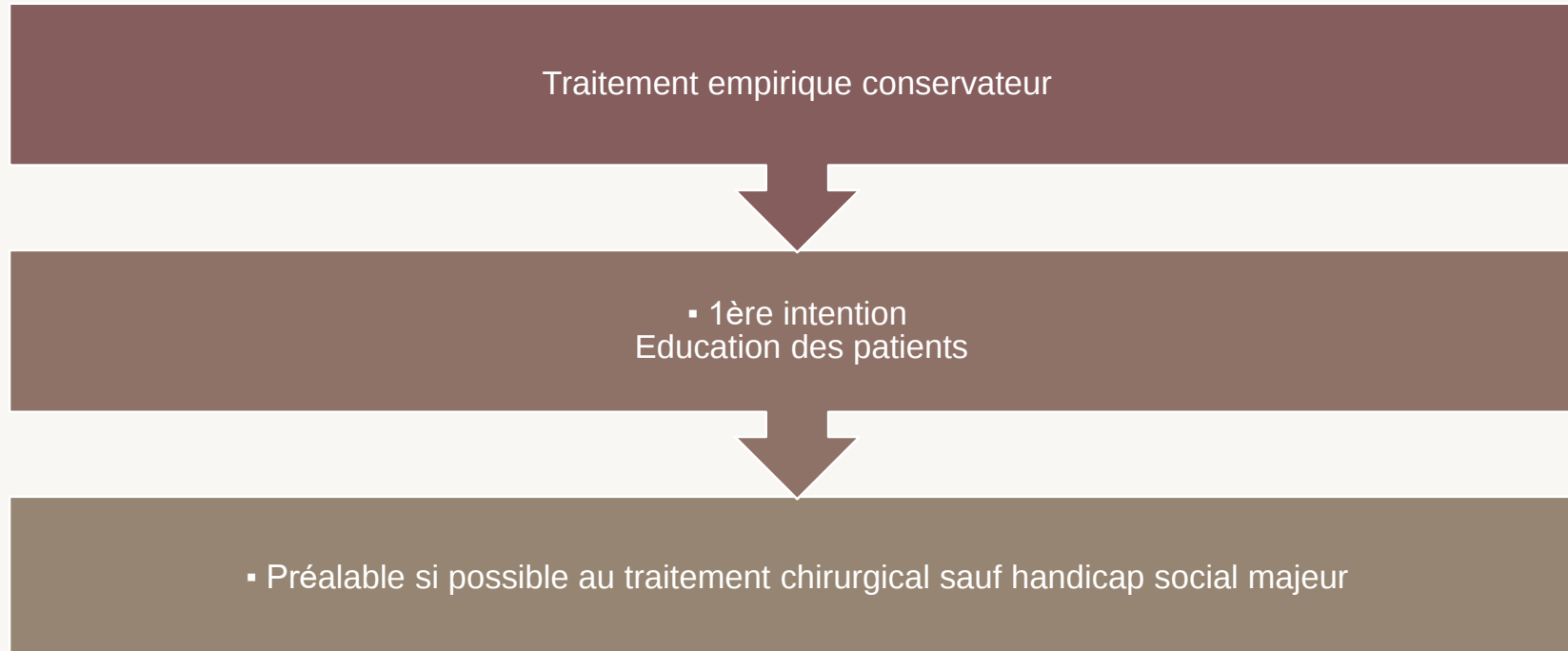
Œstrogènes

- *Amélioration trophicité locale*

Le reste de la pharmacopée est pauvre concernant cette pathologie d'étiologie plutôt mécanique



Traitement conservateur 1^{ère} intention



Traitement conservateur 1^{ère} intention

Rééducation première en cas d'IUE faible et modérée surtout si muscles du périnée encore « efficaces »

En cas d'échec ou de trouble statique urétral avec hypermobilité ++

- **la chirurgie par bandelette**

Si IUE récidivée ou sévère,

- **option du sphincter artificiel**

Traitement de l'IUE : résultats

Résultats

- Souvent **bons** quand l'indication est bien posée...
 - Doivent être appréciés par la **patiente** comme par ses **médecins**
 - Globalement très satisfaisants avec les nouvelles techniques de **support sous-urétral**
 - Restent des cas difficiles multi-opérés avec retentissement psychologique... affaires de spécialistes
- > **Concertations multidisciplinaires**



Traitement de l'IUE : résultats

Afin que l'indication soit bien posée,
***effectuer un bilan urodynamique avant
la pose de la bandelette sous urétrale
nous semble indiqué.***

Cela permet de ***nous assurer de
l'absence d'une instabilité
détrusorienne*** qui s'accentuerait après
mise en place de la bandelette (perçue
comme un obstacle sous cervical).



Traitement chirurgical

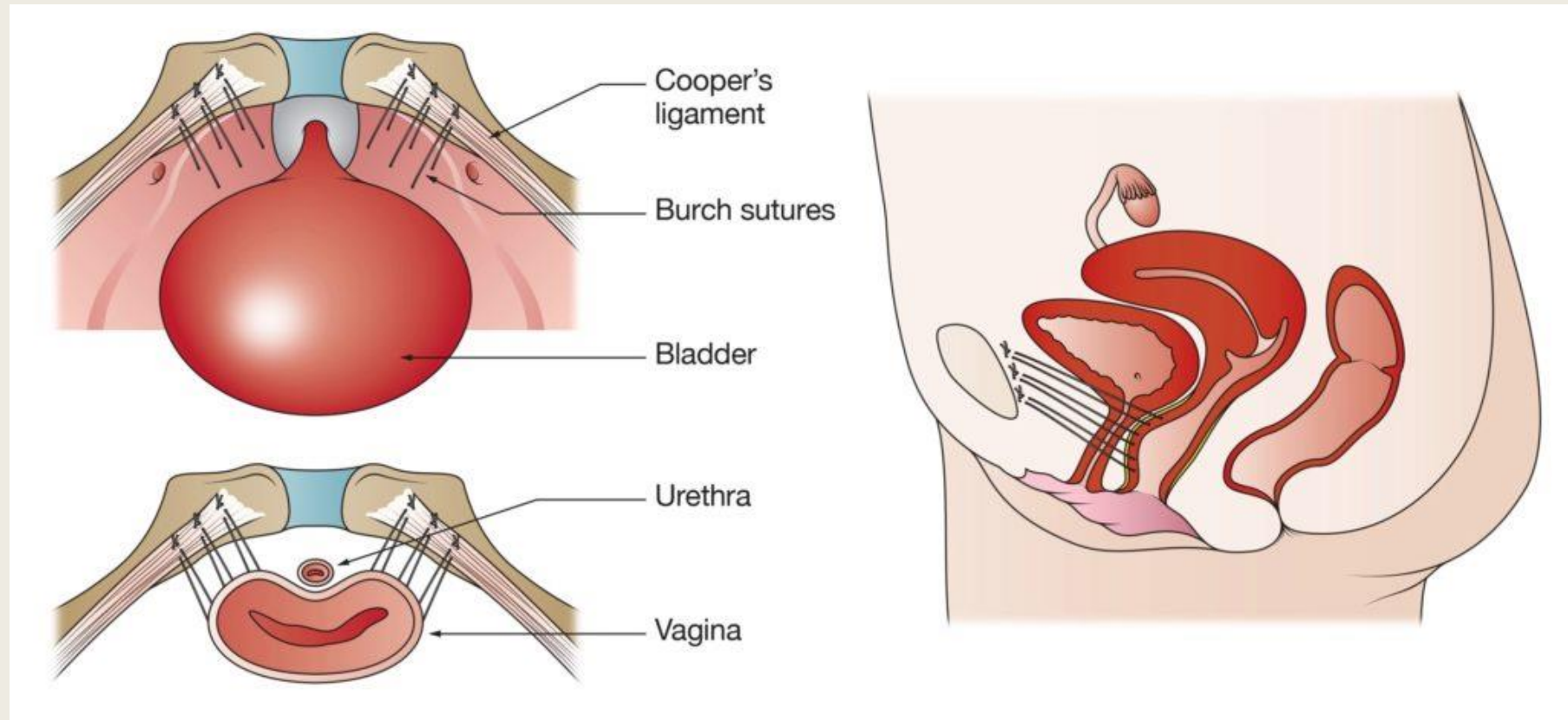
Nombreuses techniques

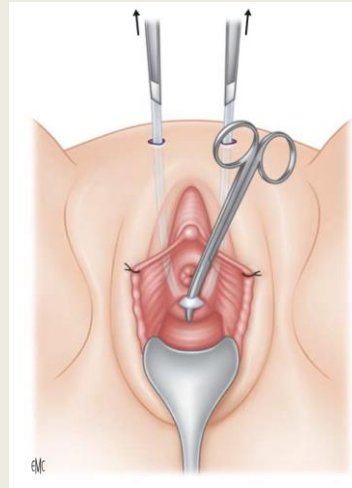
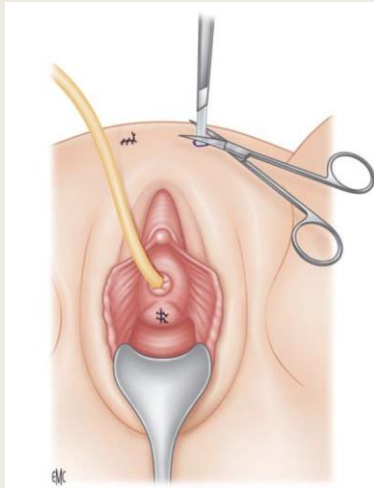
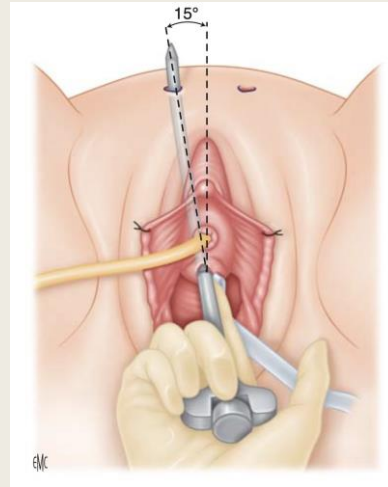
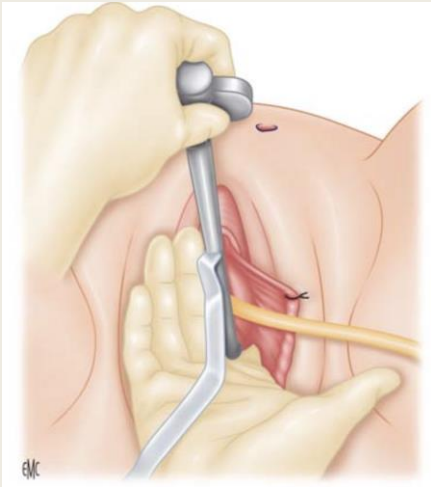
Classiquement

1. La cervicopexie sus-pubienne (*Burch, Marshall- Marchetti...*)
2. La cervicosuspension par voie vaginale (*Gittes, Péreira, Raz, Stamey...*)
3. **Les frondes** sous-urétrales ou sous-cervicales (*Gøebell- Stœckle*) de nature autologue ou synthétique (TVT-TOT...)



La cervicopexie sus-pubienne (*Burch*)





Tension free Vaginal Taping : TVT

1^{ère} technique décrite et employée.

Excellent soutien urétral.

Abord rétropubien à proximité de la vessie.
Méfiance des plaies vésicales.

E2 : dysurie légère.

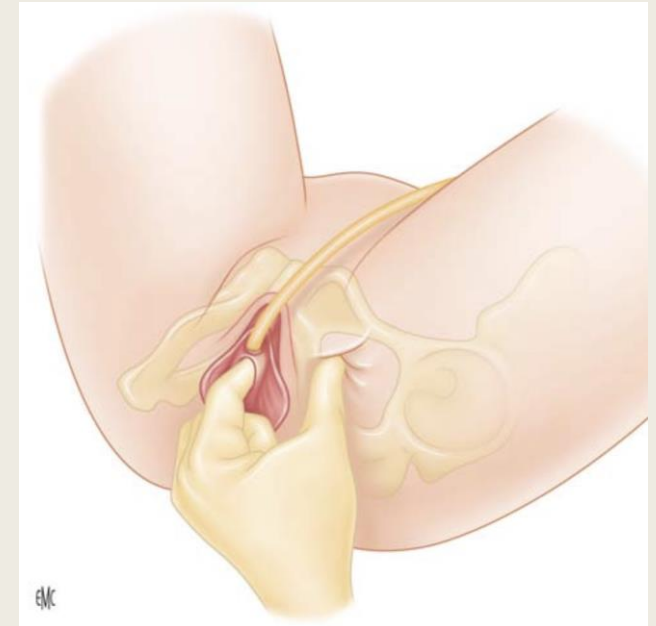
Rarement rétention urinaire postopératoire
requérant une détente de la bandelette.

Traitement chirurgical...voie trans obturatrice

« Trans obturateur Taping » : de dehors en dedans : TOT

Evite les risques inhérents au passage de la bandelette par voie retro pubienne tout en conservant le principe de soutien de l'urètre pelvien

Le tunnelliseur doit rester dans le plan perineal que son trajet soit oblique ou horizontal



Trans
obturateur
taping :
variante : de
dedans en
dehors : « in
out »

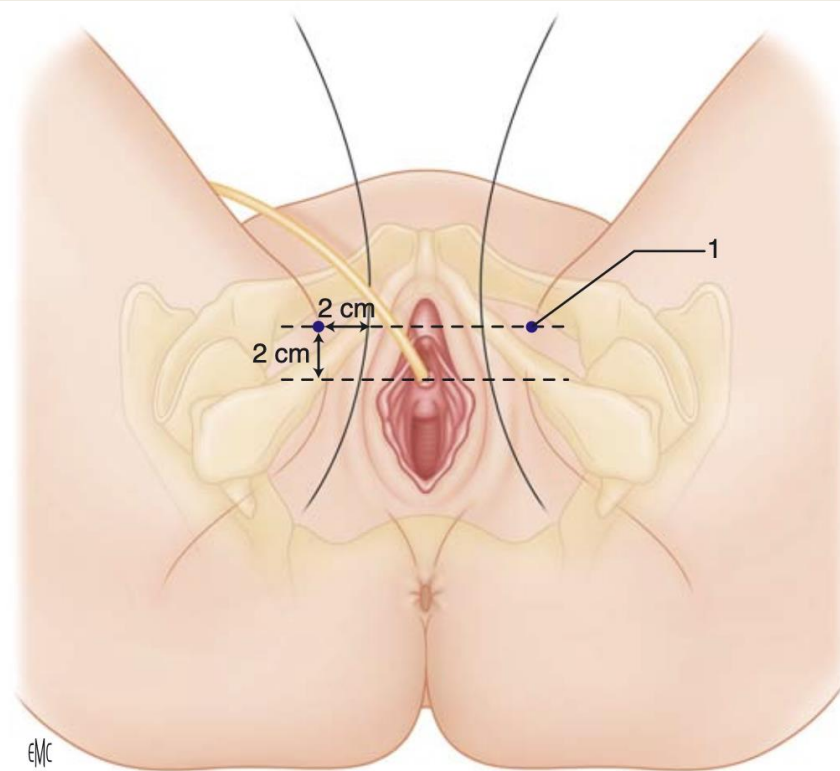
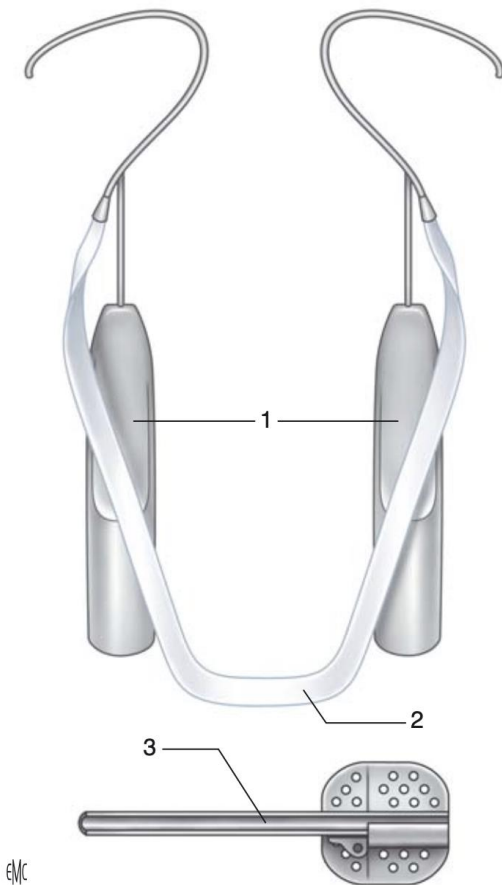
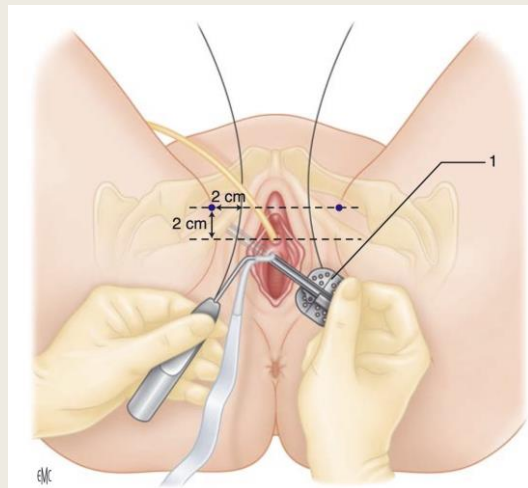
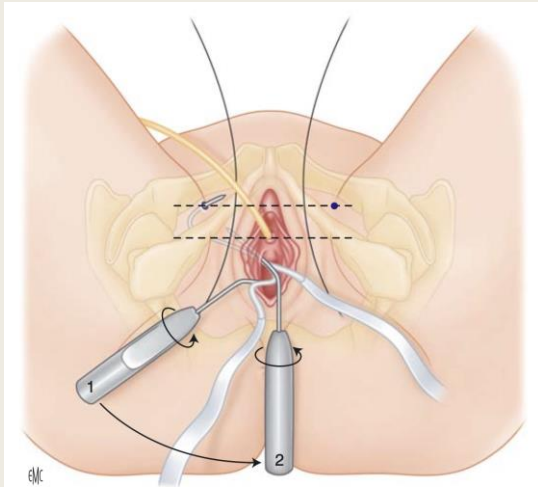


Figure 15. Technique *tension free vaginal tape-obturator* (TVT™-O) (de dedans en dehors). 1. Marquage des points de sortie cutanés.





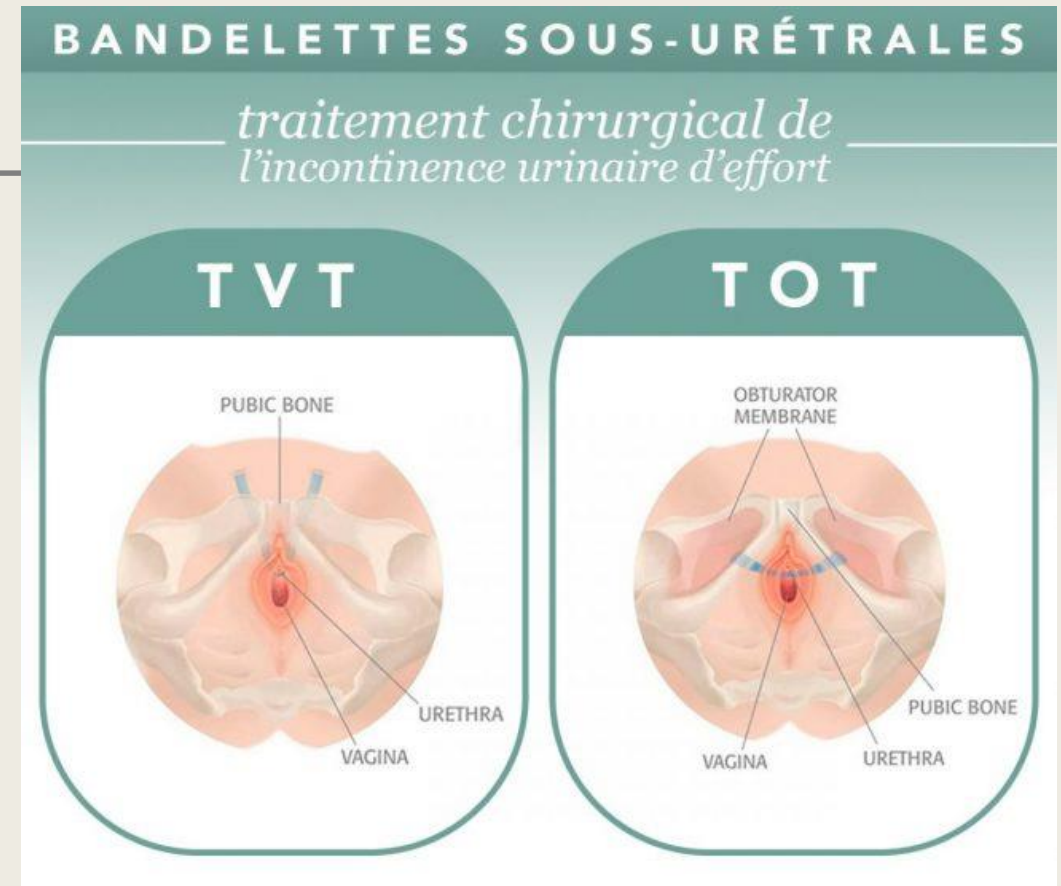
**Trans obturateur
taping : variante : de
dedans en dehors :
« in out »**

Résultats TOT à 10 ans

Les résultats des bandelettes entre elles : difficilement comparable (problème de critères objectifs et d'emploi systématique des questionnaires) : globalement 85% de guérison (toute bandelette confondue).

Les complications :

- TVT : + de dysurie et de plaies de vessie
- TOT : douleur à la racine des cuisses. Plaie vaginale. Exposition prothétique. Moins d'impériosité de novo à 1an.



Approches thérapeutiques de l'IUU



Modification du comportement :

Mictions
Alimentation
Compréhension



Kinésithérapie

Renforcement des muscles du planchers pelviens
Exercices de rééducation de la vessie
Electrostimulation du nerf tibial postérieur : TENS



Pharmacothérapie

Anti-cholinergiques
Beta-3 mimétiques



Alternatives thérapeutiques :

Neuromodulation des racines sacrées
Toxine Botulique

Electrostimulation du nerf tibial postérieur

Neuromodulation : activation réflexe d'un territoire médullaire par la stimulation d'un autre territoire issu du même niveau médullaire.

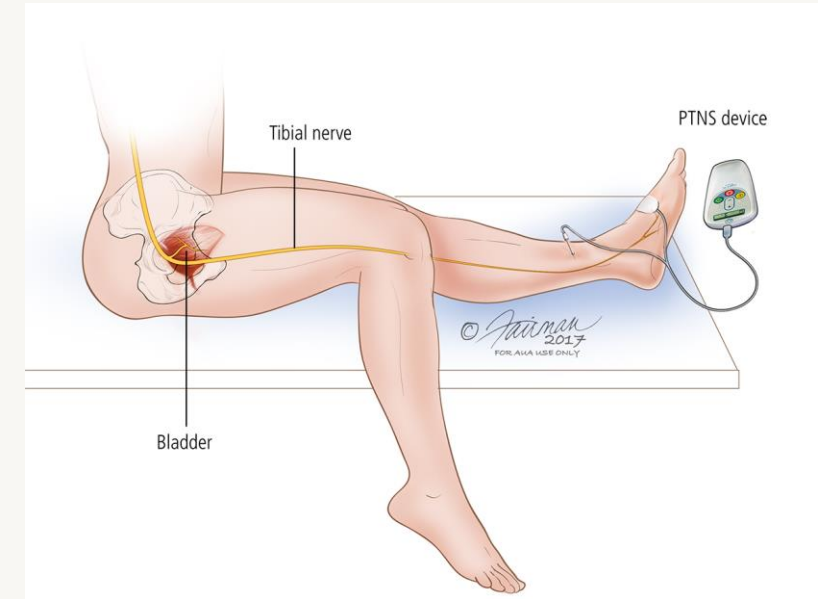
Plexus honteux

Système sympathique

La PTNS délivre des stimuli électriques indirects au centre sacré de la miction

La stimulation a lieu par voie percutanée, à l'aide d'une aiguille fine ou électrode cutanée insérée juste au-dessus de la cheville (nerf tibial postérieur)

Les cycles de traitement consistent généralement en 12 traitements hebdomadaires de 30 minutes



Pharmacothérapie : les anticholinergiques : pierre angulaire du traitement

Diminuer la contractilité du détrusor

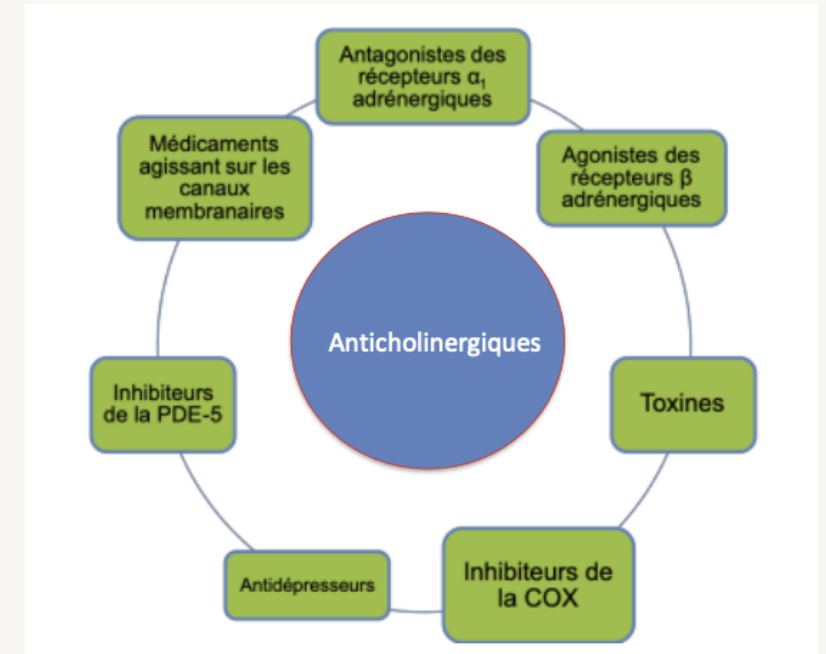
Améliorer la compliance et le réservoir vésical

Diminuer la sensibilité

Blocage récepteurs muscariniques

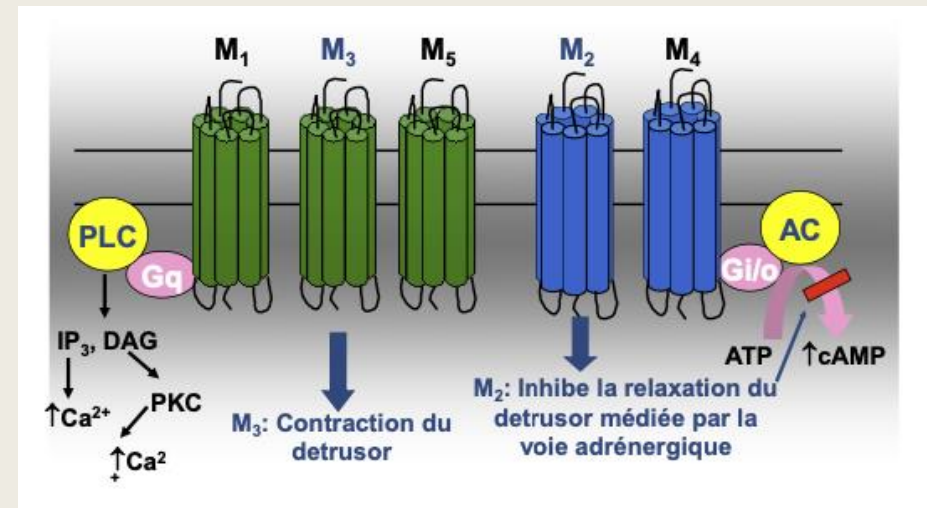
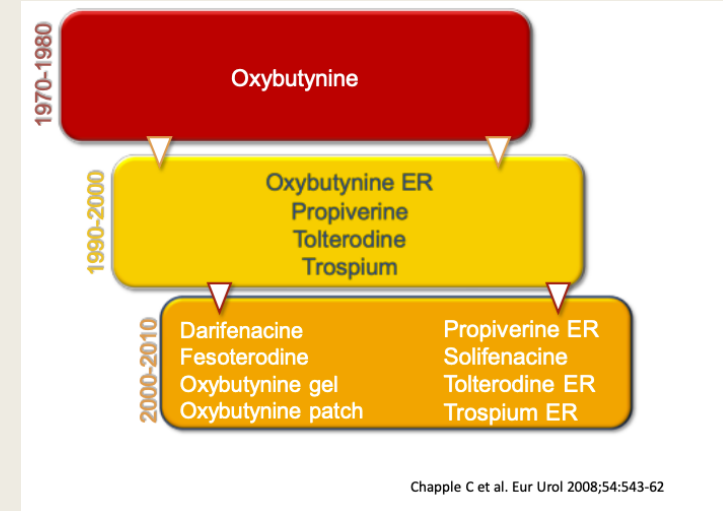
Pour être un « bon » médicament, il faut:

- Bonne efficacité sur les symptômes d'HAV
- Peu d'effets secondaires afin d'améliorer la tolérance au médical.
- Durée de traitement courte afin d'améliorer la compliance



L'évolution pharmacologique des anti cholinergiques au fil du temps

Ils sont devenus de plus en plus sélectifs des récepteurs M2 et M3.



Les anticholinergiques sont donc administrés en 1^{ère} ligne :

Action : empêcher la contraction du détrusor

Effet thérapeutique bénéfique : peut apparaître seulement après 3mois de prise

Quand le médicament est bien supporté, il est donc important de ne pas l'arrêter tout de suite si les effets positifs ne sont pas encore ressentis... Il faut lui laisser le temps d'agir...

Tous les anticholinergiques ayant été intégrés dans une méta-analyse de grande ampleur étaient plus actifs que le placebo sur :

- le nombre d'épisodes d'**incontinence**
- le nombre de **mictions par jour**
- le **volume uriné** par miction
- le nombre d'épisodes **d'urgence par jour**



Malheureusement, la compliance est sous optimale en ce qui concerne la prise d'anticholinergiques...

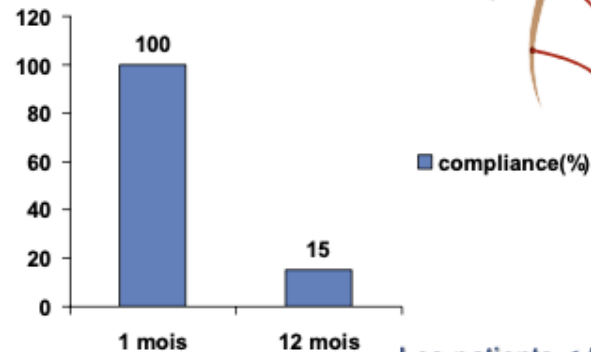
Facteurs liés au traitement	Facteurs liés au patient lui même
Fréquence de prise : 1 à 2x/j	Attentes irréalistes de la part du traitement
Variabilité des doses	Méfiance envers les médicaments
Mode d'administration	Comorbidités
Effets secondaires	Coûts des traitements non pris en charge par les mutuels/assurances
Le contrôle imparfait de certains symptômes	Préférence de traiter le symptôme à la demande

Anticholinergique et compliance

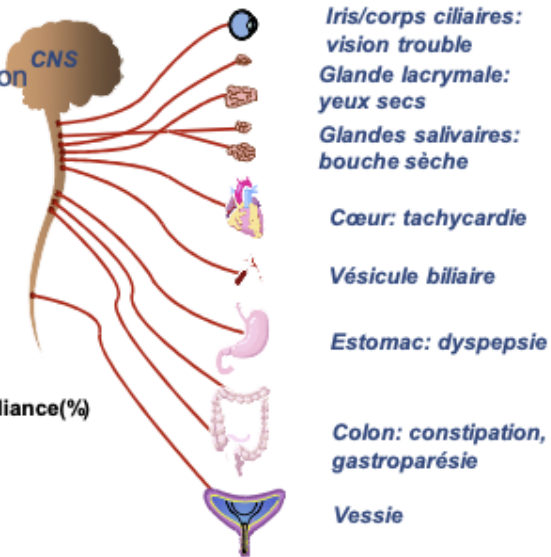
Répartition des récepteurs muscariniques dans le corps humain...expliquant les effets secondaires qui sont la cause la plus fréquente d'arrêt du traitement !

Vertiges
Somnolence
Hallucinations
Altération de la mémoire et de la cognition

45% stop le traitement après 1 mois



Les patients < 50 ans sont 2x plus susceptibles d'arrêter le traitement.



vision anormale ← œil

glande salivaire → sécheresse buccale

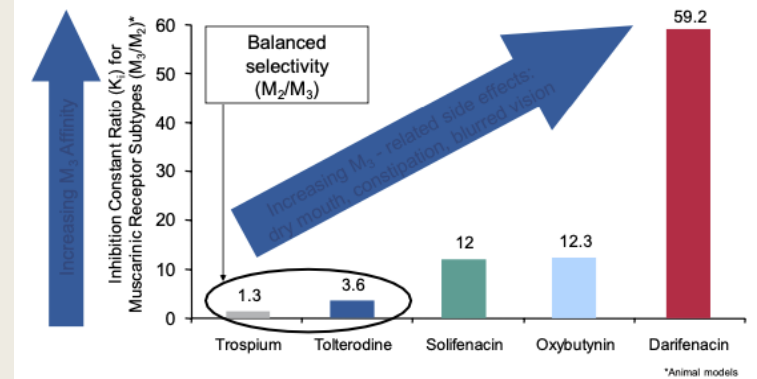
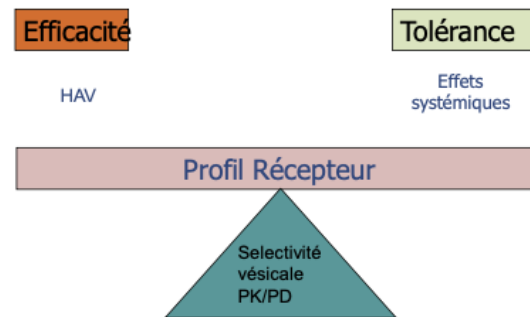
constipation ← intestin

estomac → dyspepsie

vessie

Comment améliorer la prise des anticholinergiques

Balance entre Efficacité et Tolérance



Heading CE. Curr Opin CPNS Investig Drugs. 2000;3:321-25.

Faible passage de la barrière hématoencéphalique



NOM COMMERCIAL	DCI	Affinité des récepteurs	Lipophilie	Risque du passage de la BHE
CERIS	Tropium	M1, M2, M3, M4, M5	NON	Presque nul
DITROPAN	Oxybutynine	M1, M2, M3, M4	Modérée	Modéré/Élevé
VESICARE	Solifénacine	M3	Modérée	Modérée
DETRUSITOL	Toltérodine	M1, M2, M3, M5	Faible	Faible
TOVIAZ	Fésotérodine	M1, M2, M3, M5	Très faible	Très faible

- **OELKE 2015** *Le système de classification FORTA* (Fit FOR The Aged [approprié pour les personnes âgées])
B = Bénéfique C= Questionnable D= À éviter

Les différents anticholinergiques et leur propriétés peuvent orienter notre choix...

Autre classe médicamenteuse : B3 mimétiques

Le MIRABEGRON est le 1^{er} agoniste puissant et sélectif des récepteurs B3, adrénergiques, développés en vue du traitement de l'HAV.

Les agonistes des récepteurs B3 adrenergiques relâchent le détrusor :

Augmentation de la capacité de la vessie sans modification de la pression de miction.

Augmentation de l'intervalle de temps entre les mictions.

L'agoniste des récepteurs B3 adrénergiques active les récepteurs B3 et stimule le relâchement du détrusor.



Traitements chirurgicaux de l'IUU :

Avant de passer à des traitements chirurgicaux « plus invasifs » d'une IUU; ils nous semblent nécessaire d'effectuer un bilan urodynamique afin de préciser :

- La présence d'une hyperactivité détrusorienne ?
- La pression de clôture du sphincter urétral ?
- La capacité vésicale cystomanométrique ?

Injections intra détrusoriennes de toxine botulinique

Neurotoxine produite par une bactérie
gram négative (*Clostridium botulinum*)

Double action

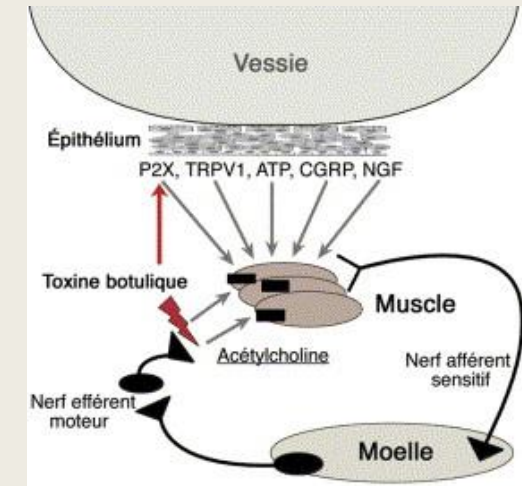
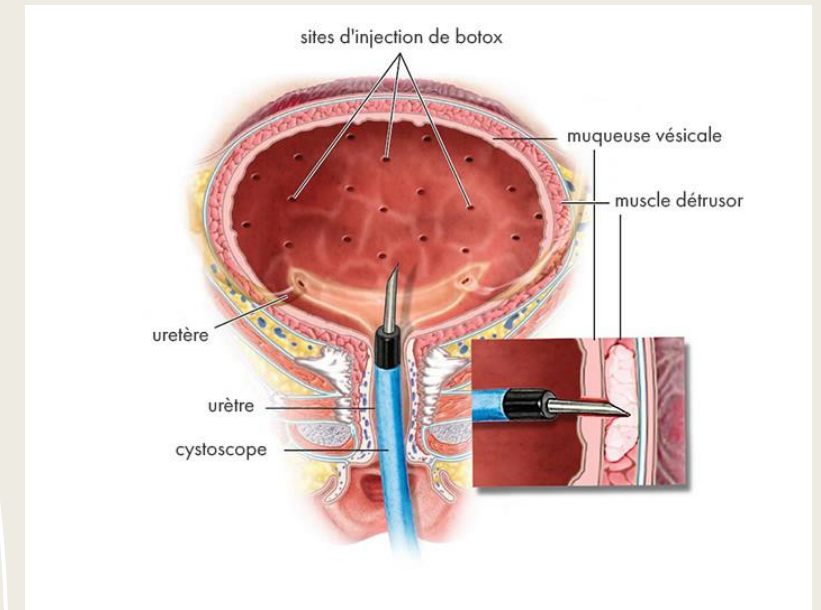
Effet anticholinergique sur la voie motrice

- *Inhibition des contractions du détrusor*

Effet non cholinergique, non synaptique sur la
voie afférente de la sensibilité

- *Diminution du besoin urgent*

Durée d'action : 6 à 9 mois



Efficacité des injections intra vésicale de Botox selon la présence ou non d'une hyperactivité détrusorienne associée à l'HAV

Hyperactivité vésicale + HAD

- *Sur le plan clinique*
- Amélioration significative par rapport au placebo
- Diminution du nombre de fuite/24h : 60 à 80%
- Continence parfaite : 42 à 88%
- Diminution du nombre de mictions/24h : 40 à 60%
- *Amélioration des scores de qualité de vie*

Hyperactivité vésicale en l'absence d'HAD :

- *Sur le plan clinique*
- Amélioration significative par rapport au placebo
- Amélioration globale : 79 à 86%
- Diminution du nombre de fuite/24h : 65 à 87%
- Continence parfaite : 50 à 85%
- Diminution du nombre de mictions/24h : 12 à 53%
- *Amélioration des scores de qualité de vie*

Effets secondaires des injections de toxine botulique de type A pour les vessies avec ou sans hyperactivité détrusorienne

Effets secondaires locaux

- *Relativement fréquents (2 à 32%) mais bénins*
- *Douleur au site d'injection, infection urinaire, hématurie*
- *Élévation du résidu post-mictionnel ou rétention urinaire :*
- *Rétention : 0 à 33%*
- *Nécessité d'auto-sondage : 6 à 88%*

Effets secondaires systémiques

- *Rares et généralement transitoires*
- *Ne nécessitent pas de traitement*
- *Faiblesses musculaires généralisées ou localisées, dysphagie, ptose des paupières, diplopie*
- *Aucun décès, aucun choc anaphylactique*

Effets secondaires des injections répétées

- *Durée d'action : 6 à 9 mois*
- *Pas d'effets secondaires majorés après > 7 injections*

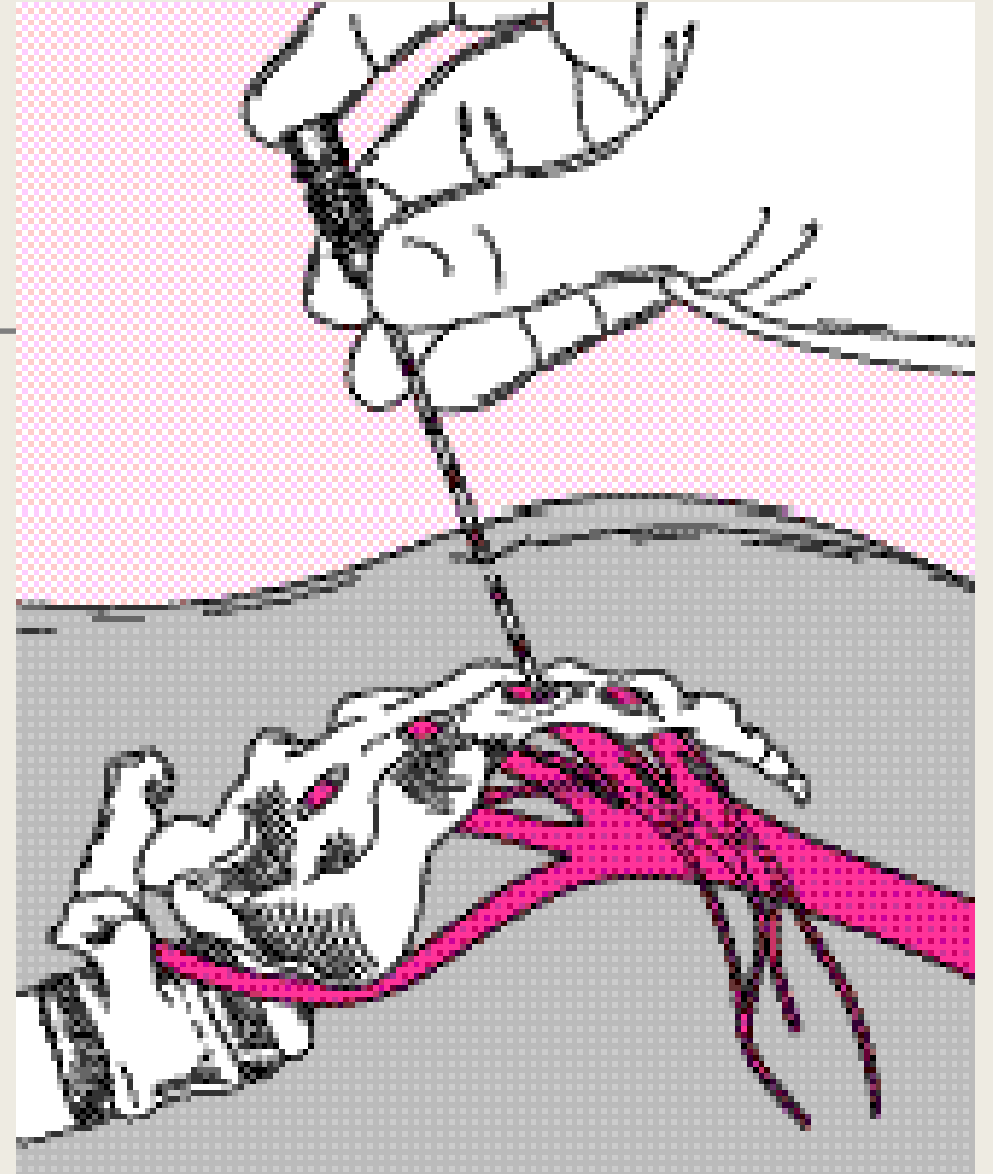
Neuro modulation des racines sacrées

Stimulation électrique segmentaire unilatérale permanente délivrée par une électrode implantée au contact de la racine sacrée (S3)

Stimulation réflexe des voies pelviennes efférentes par la stimulation des afférences au niveau sacré et pudendal!

Feedback positif!

Traitement approuvé par la FDA depuis 1997





Neuromodulation des racines sacrées

2 phases :

- Test de stimulation de 4 semaines.
- Implantation du système permanent

Neuromodulation des racines sacrées

Indications :

Voies urinaires :

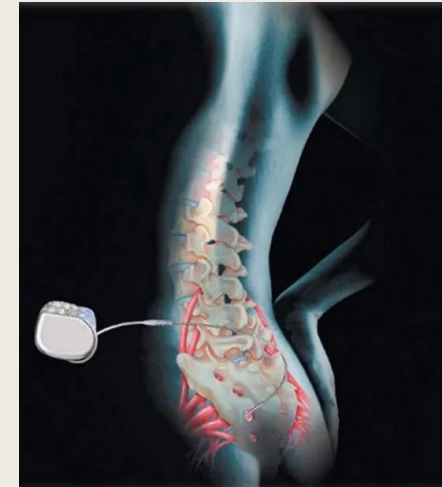
Vessie hyperactive

Rétention urinaire chronique non obstructive

Voies digestives :

Incontinence fécale :

Constipation chronique



Neuromodulation des racines sacrées

Implantation du système définitif :

Si amélioration d'au moins 50% des troubles mictionnels :

- *Calendrier mictionnel*
- *Evaluation subjective (EVA)*
- *Débitmétrie*
- *Nombre de sondage*

Anesthésie locale ou générale



Les complications de la neuromodulation des racines sacrées

Durant la phase de test	Implant définitif
Les complications sont rares	Mauvais fonctionnement (souvent lié à un trauma)
Migration d'une électrode	Migration d'électrode
Infections locales	Retrait électif
Hémorragie au point de ponction	Infection
Douleurs	Retrait pour manque d'efficacité
	Douleur
	Dysfonctionnement (révision batterie)
	Hématome
	Douleurs/sensation de décharge électrique

Incontinence urinaire par urgence

Options thérapeutiques invasives :

Augmentation du volume vésical :
entérocystoplastie

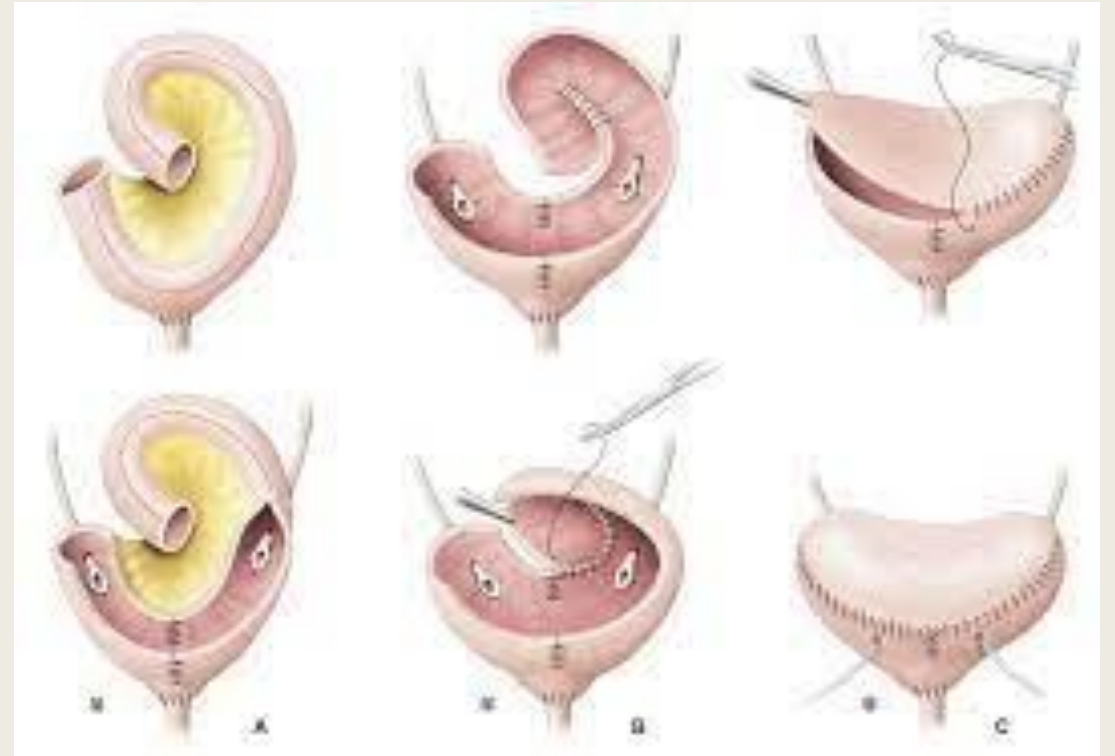
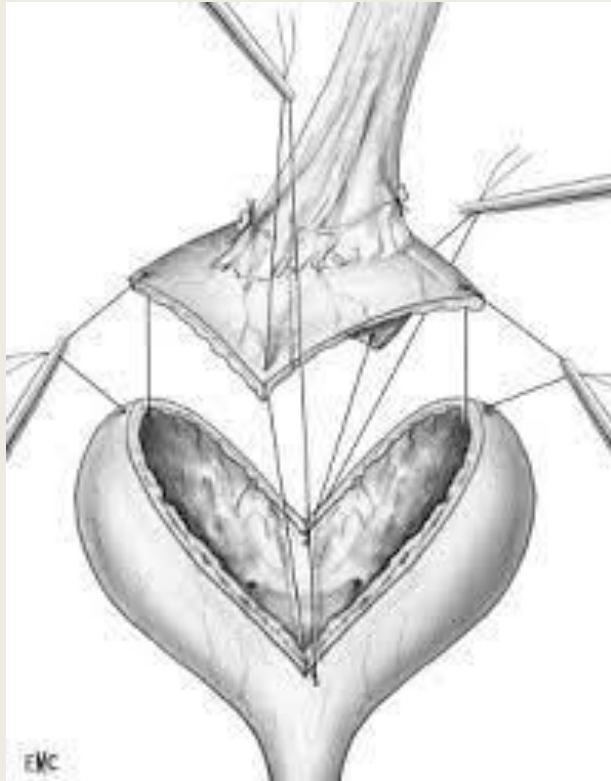
Chirurgie réservée à certains patients qui ne
peuvent pas être pris en charge par les moyens
thérapeutiques classiques



Entérocystoplastie d'agrandissement

Complications à long terme :

- *Infections récurrentes*
- *Troubles du transit intestinal*
- *Transformation maligne*



Une petite note sur l'insuffisance sphinctérienne

Souvent associées à l'IUE ou à la vessie hyperactive

Fréquente en post partum ou chez femmes âgées

Sensation de besoin conservée

Gouttes à gouttes

Impossibilité de différer les mictions

La pression de clôture urétrale est effondrée au BUD

→ Le GOLD STANDART : mise en place d'un
sphincter artificiel



Chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort

Le sphincter artificiel, prothèse synthétique siliconée (1984 - Scott) : *rarement en 1ère intention, insuffisance sphinctérienne sévère rebelle aux autres techniques, risque d'infection et d'érosion urétrale ou vaginale, requiert le bon usage de « la tête et des mains »...*

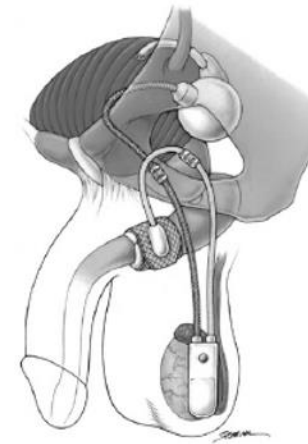
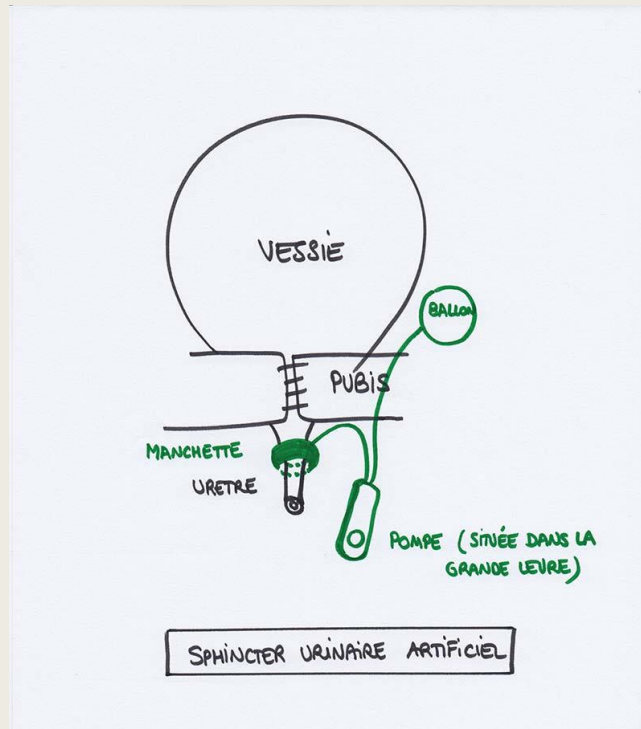


Figure 1-1.
AMS 800 implanté
avec manchette au
niveau de l'urètre
bulbaire

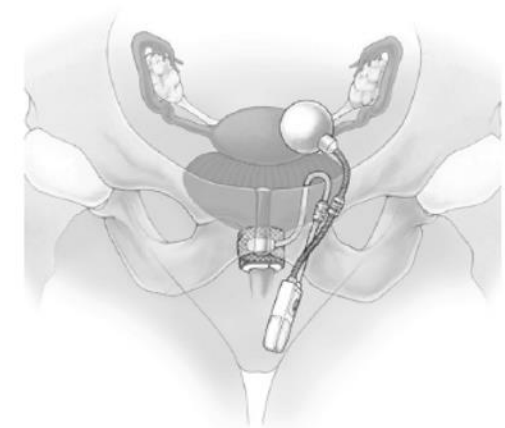


Figure 1-2.
AMS 800 implanté
avec manchette au
niveau du col vésical

Incontinence par regorgement : conséquence d'une distension vésicale. Elle se produit au début pendant le sommeil avant de devenir un écoulement permanent chez une femme très dysurique. Ce type d'incontinence peut se rencontrer dans **les vessies neurologiques**.

Incontinence postmictionnelle (gouttes retardataires) : elle se résume à l'émission spontanée d'une petite quantité d'urine après la miction. Elle est généralement en rapport avec la vidange d'un **diverticule urétral**.

Fuites d'urine par communication anormale : il s'agit d'une **fistule vésico vaginale ou urétérovaginale**, d'abouchement ectopique d'un uretère chez le jeune enfant. Ces fuites sont généralement permanentes, indépendamment de tout effort et de tout besoin.

Enurésie : mictions involontaires, survenant notamment **pendant le sommeil** (énurésie nocturne).

Miction réflexe : miction complète, incontrôlable. Il s'agit parfois d'urination, rencontrée dans les **lésions frontales**, où la patiente reste alors totalement indifférente à ses fuites.

N'oublions pas les autres types d'incontinence...

Et pour Monique alors ?



Excellente réponse à la kinésithérapie périnéale et aux mesures hygiénodietétiques et comportementales concernant son incontinence urinaire d'urgence. Elle prend un anticholinergique 1 jour sur 2 (bonne tolérance aux E2).



Par contre, fuites à l'effort très invalidante.



Elle a donc bénéficié d'un bilan complet qui nous a permis l'implantation d'une bandelette sous urétrale.



Elle va bien et ne porte plus de protection !

Conclusion :

En 1^{ère} intention : kinésithérapie périnéale et mesures hygiéno-diététiques

Si échec, nécessité d'un bilan complémentaire au cas par cas

Si IUE : traitement chirurgical adapté

Si hypermobilité cervico-urétrale : avec test de soutènement urétral positif : mise en place d'une bandelette sous urétrale = gold standard

Si IUU : traitement anti cholinergique associé à une rééducation : traitement médical de 1^{ère} intention

Si échec : en seconde ligne : neuromodulation des racines sacrées ou injection de toxine botulique dans le détrusor

The word "Conclusion" is written in a black, cursive script. To the right of the word, there is a simple line drawing of a pen, angled upwards and to the right, as if it has just finished writing the word. The entire illustration is contained within a white rectangular box.



**Merci de votre
attention**