

Item121-2-Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé. Incontinence urinaire de l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Devant un trouble de la miction ou une incontinence urinaire de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents. - Décrire les principes de la prise en charge au long cours.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC: Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale - recommandations pour la pratique clinique / ANAES / 2003	- Hypermobilité (cervicocystoptose) - Hyperactivité détrusorienne - Insuffisance sphinctérienne - Nombre de protections / calendrier - Manoeuvre de TVT / de Bonney - Bilan uro-dynamique = débitmétrie + cystomanométrie + profilométrie - Rééducation périnéale en 1er +++ - Anticholinergiques si hyperactivité - Bandelette TVT si incontinence d'effort	- Retentissement socio-psy. - Bandelette urinaire - AUCUN examen en 1ère intention - Examen neurologique périnéal - Traiter les facteurs favorisants

Généralités

Définition

- Emission involontaire d'urine par l'urètre chez un sujet conscient hors miction
- A distinguer de l'énurésie: émission d'urine en dehors des phases de conscience (sommeil)

Epidémiologie

- !! Problème de santé publique: 3M de femmes dont 500 000 IU sévères
- Retentissement social et psychologique important / sous-reporté +++
- **Facteurs de risque d'incontinence urinaire (IU) : (3x2)**
 - **âge** / ménopause / ethnie (moins chez africaine et asiatique)
 - **parité** ≥ 3 / AVB surtout si traumatiques / NN de poids élevé
 - atcd de **chirurgie** pelvienne / obésité / énurésie dans l'enfance/ pratique sportive de compétition
- **Ne sont pas des facteurs de risque mais des facteurs aggravants**
 - Infections urinaires à répétition
 - Constipation-fécalome / polyurie (diabète)
 - Toutes les causes de toux chronique

Physiopathologie: 3 mécanismes possibles

- **Hypermobilité urétrale (= cervicocystoptose)**
 - Principal mécanisme de continence chez la femme = écrasement de l'urètre
 - Si relâchement du plancher pelvien → hypermobilité de l'urètre = fuites
 - → **responsable d'une incontinence urinaire à l'effort**
- **Insuffisance sphinctérienne**
 - Dysfonction du sphincter strié / le plus souvent idiopathique (primaire)
 - **Parfois secondaire**
 - à un **traumatisme**: atcd de chirurgie périnéale (gynécologique ++)
 - à une **pathologie neurologique**: SEP (F) / M. de Parkinson (H)
 - → **responsable d'une incontinence urinaire au repos ou à l'effort**
- **Hyperactivité détrusorienne**
 - Instabilité du détrusor: contractions anarchiques non contrôlée par SNA
 - **Elle peut être**
 - **primaire**: syndrome d'instabilité vésicale: désadaptation / chez la petite fille ++
 - **secondaire**: infections urinaires / tumeur vésicale (**A savoir !**) / corps étranger, etc.
 - → **responsable d'une incontinence urinaire par impériosité**

Formes cliniques

IU d'effort

- Perte d'urine lors d'un effort ou d'une contraction abdominale (rire, toux...)
- !! forme la plus fréquente d'incontinence chez la femme: 70-80% des cas
- **Mécanisme:** hypermobilité urétrale (70%) et/ou insuffisance sphinctérienne (30%)

IU par impériosité

- Fuite à la suite d'une sensation brutale et irrépressible d'uriner
- Responsable de 50% des IU de la femme / mixte dans 30% des cas
- **Mécanisme:** instabilité détrusorienne: centrale (neuro) ou périphérique (irritation)

IU par regorgement

- Forme la plus fréquente chez l'homme (post-HBP) / exceptionnelle chez la femme
- Définition: perte urinaire sans effort sur une rétention chronique d'urine (RCU)
- **Mécanisme:** RCU → distension vésicale puis relâchement sphinctérien

IU mixte

- Association d'une incontinence urinaire d'effort et par impériosité
- !! fréquente: 30% des incontinenances urinaires chez la femme

Diagnostic (chez la femme)

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** atcd gynéco-**obstétriques** / atcd de **rééducation** périnéale ++ / ménopause
 - **Prise/traitement:** atcd de **chirurgie** pelvienne / prise médicamenteuse (α-bloquants)
 - **Anamnèse:** date d'apparition / traumatisme / facteur déclenchant ++ / **contipaio, toux chronique/ activité sexuelle**
 - **Caractériser l'incontinence urinaire**
 - **Circonstances de survenue +++ :** à l'effort (charge, toux, rire) / au repos
 - **Quantification:** nombre de **protections** par jour ++ / **calendrier** mictionnel
 - **Retentissement** sur la qualité de vie (professionnelle / psychologique / sexuelle)
 - **Rechercher des signes associés**
 - **SF urinaires:** **impériosités** / brûlures mictionnelles / hématurie
 - **Autres:** troubles du transit (**constipation** ++) / toux
 - → **en pratique, 2 questions d'orientation devant une incontinence urinaire**
 - Intermittente ou permanente ? (si permanente, c'est une fistule)
 - Si intermittente: survenue à l'effort ou accompagnée d'impériosités ?
- **Examen physique**
 - Modalités :
 - en position gynécologique
 - vessie à moitié pleine / faire tousser la patiente pour provoquer les fuites
 - **Examen gynécologique**
 - **Inspection:** trophicité / béance urétrale ou anale / fuite à l'effort / **cicatrice d'épisiotomie**
 - **Palpation abdominale:** recherche d'un **globe vésicale**
 - **Examen au spéculum:** rechercher **prolapsus** par manoeuvre des valves / !! NPO le **FCV** +++
 - **Touchers pelviens (TV/TR):** masse / **testing** musculaire du plancher
 - **!! Remarque:** si prolapsus associé: réintégration nécessaire
 - cf « effet pelote »: la fuite est empêchée par le prolapsus
 - **Manoeuvre de TVT (manoeuvre de Bonney: obsolète)**
 - Positionnement des doigts de part et d'autre de l'urètre lors du TV
 - Si suppression des fuites à l'effort → IU par hypermobilité urétrale
 - Si les fuites persistent → IU par insuffisance sphinctérienne
 - Rq : ce n'est pas une preuve diagnostique mais traduit le bénéfice théorique d'une chirurgie de l'incontinence (bandelette)
 - **Rechercher une cause organique primitive ou aggravant l'IU +++**
 - **Examen neurologique:** sensibilité ano-périnéale / réflexes périnéaux et ROT ++
 - **Bandelette urinaire:** systématique dans tout examen urologique
 - **NPO à l'interrogatoire:** constipation / prise médicamenteuse / diabète / chirurgie..

Examens complémentaires

- **!! Indications paracliniques** **Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale - recommandations pour la pratique clinique / ANAES / 2003)**

- **AUCUN** examen en 1ère intention hormis la BU et/ou ECBU (**A savoir !**)
- **Echographie vésicale (RPM)**: seulement en pré-chirurgical ou pré-anti-cholinergiques
- **BUD**: seulement en pré-chirurgical ou échec des anti-cholinergiques ou doute
- **Cystoscopie**: seulement si suspicion de tumeur vésicale (hématurie) (cf **Tumeurs du testicule.**)
- **Echographie rénale / UIV** : **jamais** indiqués dans le bilan d'une IU +++
- **Bilan uro-dynamique**
 - **Débitmétrie**: détermine le débit urinaire maximal (N = 20-30ml/s)
 - **Cystomanométrie**: étudie
 - **la compliance**: augmentation de la pression selon le volume
 - **la stabilité**: activité détrusorienne: contractions si instabilité
 - **la capacité vésicale fonctionnelle**: N = 550 (F) / 450 (H)
 - **Profilométrie (= urétromanométrie)**
 - On déplace la sonde de pression à vitesse constante, et donc:
 - Détermine la pression de clôture urétrale (Pu - Pv ~ 120 - âge)
 - Détermine la longueur fonctionnelle de l'urètre
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - **ECBU**: systématique avant toute manipulation urologique (**A savoir !**)

Diagnostic différentiel

- **Fistule vésico-vaginale +++**
 - **Etiologies**: chirurgie pelvienne / accouchement / diabète / corticoïdes
 - **Clinique**: « test au bleu »: fistule si compresse vaginale devient bleu
 - **Paraclinique**: uréthro-cystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM)
- **Causes secondaires d'hyperactivité vésicale**
 - !! A systématiquement éliminer avant de conclure à une HAV primaire
 - **Infection urinaire**: BU-ECBU devant toute pollakiurie-brûlure
 - **Cancer vésical**: cytologie urinaire +/- cystoscopie systématiques (**A savoir !**)
 - **latrogénie**: bandelettes mal posées: écho à la recherche d'un résidu post-mictionnel

Remarque: incontinence urinaire chez l'homme

- Dans la grande majorité des cas secondaire à une rétention chronique d'urine
- → rechercher une HBP / un cancer prostatique, vésical ou rectal (**A savoir !**)

Traitement

Prise en charge

- Ambulatoire hors chirurgie / suivi au long cours
- Information de la patiente sur les différentes modalités thérapeutiques +++

Mesures hygiéno-diététiques / associées

- Traitement des **facteurs favorisants**: constipation / infections urinaires / toux chronique (**A savoir !**)
- Protections (couches, serviettes) ou systèmes collecteurs (ex: pénilex chez l'homme)

Rééducation périnéo-sphinctérienne

- A toujours proposer en **1ère** intention (**A savoir !**) / AVANT toute chirurgie
- Kinésithérapie +/- biofeedback et/ou électrostimulation du sphincter
- Efficace dans ~ 50% des cas / arrêter si pas d'amélioration ~20 séances

IU d'effort = traitement chirurgical

- **Pose de bandelette de soutènement (ex: TVT: tension-free vaginal tape)**
 - **Indication**: incontinence d'effort par **hypermobilité urétrale** (cervicocystoptose)
 - **Modalités**: bandelette autour de l'urètre remplaçant le plancher pelvien
 - **Complications** :
 - fonctionnelles (RAU post op, dysurie)
 - douleurs post op
 - érosions et expositions des bandelettes
- **Pose de sphincter artificiel**
 - **Indication**: incontinence sévère par **insuffisance** sphinctérienne
 - **Modalités**: ballon entourant l'urètre qu'on dégonfle manuellement pour uriner

IU par impériosités = traitement médicamenteux

- **Anti-cholinergique**: oxybutinine (Ditropan®)
 - **Indication**: incontinence par impériosité sur **hyperactivité détrusorienne**
 - **Action**: inhibition du système parasymphatique responsable de la contraction
 - **ES**: sécheresse des muqueuses ++ / constipation / confusion / GFA.: ↑ progressive !
- **Autres**:
 - α-stimulants si insuffisance sphinctérienne
 - traitement hormonal local : oestrogène si atrophie vaginale, etc.

- si échec : neurostimulation électrique

Mesures associées

- Soutien psychologique selon retentissement
- NPO: traitement étiologique (d'une maladie neurologique ...)

Surveillance

- **Clinique:** persistance des fuites / retentissement socio-professionnel / tolérance

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 3 mécanismes physiopathologiques possibles de l'incontinence urinaire chez la femme ?

- Hypermobilité urétrale (=cervicocystoptose)
- Insuffisance sphinctérienne
- Hyperactivité détrusorienne

Quel est l'examen de 1ère intention dans une incontinence d'effort ?

2 réponses acceptées :

- soit AUCUN
- soit BU +/- ECBU pour éliminer une infection urinaire

Quel est le traitement de 1ère intention d'une incontinence urinaire d'effort ?

- Rééducation périnéo-sphinctérienne (kiné +/- biofeedback)

Si chirurgie = 0