

Incontinence urinaire de la **femme**

L'incontinence urinaire féminine est une affection fréquente, à fort pouvoir handicapant, sous-diagnostiquée et dont le coût est très élevé. Les méthodes thérapeutiques existent, sont efficaces, et faciles à mettre en œuvre. Le médecin généraliste a un double rôle à jouer, de dépistage des troubles et de pédagogie sur les possibilités de traitement.

L'incontinence urinaire est définie par l'*International Continence Society* comme étant une perte involontaire d'urine, objectivable, responsable de troubles de l'hygiène et avec un retentissement social.

UNE AFFECTION FRÉQUENTE ET INVALIDANTE

L'incontinence urinaire est une affection très fréquente dont la prévalence est plus élevée que celle du diabète.¹ Elle touche plus de 20 % des femmes de plus de 40 ans.

Une étude irlandaise,² réalisée en 1999 en population générale, a interrogé par enquête postale 1 050 femmes tirées au sort parmi un échantillon de 43 829 femmes âgées de 35 à 78 ans : 33,5 % des femmes interrogées ont déclaré avoir par intermittence une incontinence urinaire ; 23 % ont qualifié leur atteinte de fréquente ; 22 % des femmes atteintes d'incontinence urinaire étaient obligées de porter des protections sanitaires (soit 12 % des femmes interrogées qui avaient une gêne personnelle consécutive à un problème d'hygiène) ; 40 % seulement de ces femmes avaient consulté leur médecin généraliste pour ce problème.

En 2001, dans une autre étude,³ un échantillon aléatoire de 720 femmes de plus de 45 ans a été interrogé également par enquête postale. Sur les 489 femmes ayant répondu, 46 % ont décrit des symptômes significatifs d'incontinence urinaire. Pour les deux tiers d'entre elles, cela constituait un problème. De façon surprenante, seulement 32 % de ces femmes avaient consulté leur médecin généraliste pour trouver une solution à cette gêne. Les raisons citées par celles qui n'avaient pas consulté étaient : qu'elles devaient gérer seules leur problème (43 %) ; que l'incontinence était inévitable avec l'âge (26 %) ; qu'elles

éprouvaient une gêne pour en parler avec leur médecin (14 %).

La principale étude publiée en France et réalisée auprès de femmes consultant en médecine générale remonte à 1989.⁴ Elle a concerné 2 911 femmes de plus de 18 ans ayant consulté 60 médecins généralistes de la région stéphanoise qui ont rempli les questionnaires. Cette enquête de dépistage a permis d'estimer la prévalence de l'incontinence urinaire à 37 % des femmes qui consultent en médecine générale. La répartition de ces cas selon le mécanisme de l'incontinence a montré que 77 % des femmes souffraient d'incontinence d'effort, 60 % de miction impérieuse et 35 % de fuites spontanées.

Une étude récente présentée au 3^e congrès de recherche en médecine générale⁵ a confirmé ces résultats : 53 % des femmes étaient incontinentes alors qu'elles n'étaient que 40 % à se considérer comme telles ; 20 % des femmes interrogées ont déclaré éprouver un problème d'hygiène. Si le problème avait été abordé avec les médecins moins d'une fois sur deux, ces derniers avaient interrogé leurs patientes à la recherche d'une éventuelle incontinence moins d'une fois sur deux également.

UNE IDENTIFICATION INSUFFISANTE

L'identification de l'incontinence urinaire est insuffisante. Cela a été confirmé par une étude épidémiologique récente, réalisée par la SFMG⁶ à la demande de l'Anaes dans le cadre de la révision de la recommandation sur la prise en charge de l'incontinence urinaire. Selon ses auteurs, seulement 1,4 % des 24 735 femmes de plus de 40 ans ayant consulté un médecin du réseau ont été identifiées comme atteintes d'incontinence urinaire. Cette étude a confirmé les associations déjà décrites entre l'incontinence urinaire et la ménopause, les infections urinaires, les problèmes de poids, le diabète, et la toux.

Les freins à l'identification

Comment expliquer ce hiatus entre une maladie très fréquente et si peu reconnue par les professionnels de santé ? C'est la question posée par la SFTG⁷ dans une étude présentée récemment. Dans ce travail, les auteurs ont cherché à identifier les schémas d'attribution ou de représentation des médecins et des patientes qui pouvaient constituer un frein à l'identification de la maladie. Pour y répondre, ils ont eu recours à une

par **Luc Martinez**, Société française de médecine générale, Issy-les-Moulineaux ; **Emmanuel Van Glabeke**, service de chirurgie viscérale et urologique, CHI André Grégoire, 93105 Montreuil Cedex.

JNIMG

INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME

enquête qualitative par enregistrement de consultations et analyse par « focus groupes » : par ignorance des possibilités de traitement et par pudeur, les médecins ont des difficultés à aborder ce problème de santé avec leurs patientes. Le même mécanisme freine l'expression des plaintes de celles-ci.

DES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT

L'urologue a non seulement appris à mieux comprendre les mécanismes de l'incontinence urinaire, mais aussi à proposer à chaque type de cause un traitement adapté.

Commencer par un bilan soigneux

Le traitement débute par un bilan soigneux.⁸ Une technique récente, facile à réaliser et semblant donner d'excellents résultats ne peut être appliquée à toutes les femmes incontinentes sans analyse préalable.

Le bilan permet d'éliminer, dans un premier temps, des affections pouvant s'accompagner de fuites urinaires (cystites bactériennes ou interstitielles, tumeurs de vessie, lithiases, etc.).

Il apprécie ensuite l'intrication entre un prolapsus associé (cystocèle) et le mécanisme des fuites.

Enfin, par un bilan urodynamique, mais aussi par réalisation d'un catalogue mictionnel, les causes neurologiques ou irritatives d'incontinence peuvent être objectivées, et une évaluation de l'efficacité des différentes techniques appréciée.

Ce bilan complet, qui peut sembler parfois exagéré, est le garant d'une prise en charge personnalisée avec détection d'éventuelles complications postopératoires. En effet, il n'est pas exceptionnel que des patientes incontinentes devenues après intervention « rétentionnistes » soient alors obligées de s'auto-sonder ou que l'incontinence se soit transformée en pollakiurie bien

plus invalidante.

Le bilan a une autre vertu : il permet à l'urologue d'être à l'écoute de sa patiente.

Différentes modalités thérapeutiques

Au terme du bilan, l'une des modalités thérapeutiques suivantes peut être proposée à la patiente :

– *traitement médicamenteux,* par les anticholinergiques, voire parfois les α -bloquants. Leur prescription est dictée par les résultats du bilan urodynamique et non « de principe », même s'il est plus facile de faire une ordonnance dans un premier temps ;

– *traitement hormonal,* car la privation œstrogénique a un effet délétère indéniable sur le fonctionnement vésico-sphinctérien ;

– *rééducation* faite par un kinésithérapeute expérimenté, visant à améliorer la musculature sphinctérienne et périnéale, à donner à la patiente les moyens de poursuivre le travail par une auto-rééducation et à lui apporter une image corporelle plus juste ;

– *traitements chirurgicaux* aux techniques variées, mais dont la morbidité périopératoire a nettement diminué avec les techniques percutanées (pose de bandelette sous-urétrale) ou la coelioscopie pour les corrections du prolapsus.⁹ L'amélioration du matériel prothétique, qui permet de disposer de sphincters artificiels très performants, participe à ce progrès ;

– *traitements électrophysiologiques* par implantation dans les racines sacrées de stimulateurs électriques de neuromodulation dans certaines hyperactivités vésicales rebelles.¹⁰

La forme la plus fréquente de la maladie est l'incontinence urinaire d'effort. Elle est le plus souvent pure et isolée. Le traitement de choix dans cette indication est la pose d'une bandelette sous-urétrale (type TVT) sous anesthésie locorégionale ou même sous anesthésie locale pure, au décours d'une hospitalisation courte (moins de 48 heures), voire en ambulatoire. Les résultats sont excellents.¹¹ Le bénéfice à long terme semble également bon.

CONCLUSION

L'incontinence urinaire peut être traitée efficacement. Il est essentiel que les médecins généralistes participent à son dépistage, car c'est une maladie handicapante. Un interrogatoire simple devrait permettre son identification. ■

Références

- Fantl JA, Newman DK, Coiling J *et al.* Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. Rockville, Md : US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research ; 1996. Clinical Practice Guideline n° 2, 1996 Update. AHCPR publication no 96-082.
- Dolan LM, Casson K, McDonald P, Ashe RG. Urinary incontinence in Northern Ireland: a prevalence study. *BJU Int* 1999 ; 83 : 760-6.
- MacKay K, Hemmett L. Needs assessment of women with urinary incontinence in a district health authority. *Br J Gen Pract* 2001 ; 51 : 801-4.
- Minaire P, Jacquetin B. La prévalence de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992 ; 21 : 731-8.
- Vallée JP, Charpentier JM, Gallois P, Le Noc Y. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France. Enquête transversale en médecine générale. Abstract pour le 3^e congrès de recherche en médecine générale, Paris 2003.
- Martinez L, Duhot D, Clerc P. Incontinence urinaire chez la femme de plus de 40 ans. Abstract pour le 3^e congrès de recherche en médecine générale, Paris 2003.
- Cathu-Pinault A, Jarry A, Tenoudji P. Représentations psychosociales de l'incontinence urinaire. Abstract pour le 3^e congrès de recherche en médecine générale, Paris 2003.
- Amarenco G, Bayle B, Ismael SS, Lagauche D, Lapeyre E. Évaluation clinique de l'incontinence urinaire de la femme. *Presse Med* 2000 ; 29 : 1139-44.
- Bruyere F, Rozenberg H, Abdelkader T. La promonto-fixation sous coelioscopie: une voie d'abord séduisante pour la cure des prolapsus. *Prog Urol* 2001 ; 11 : 1320-6.
- Chartier-Kastler E, Richard F, Denys P, Perrigot M, Bussel B, Chatelet C. Neuromodulation sacrée S3 chez des malades ayant des troubles mictionnels chroniques rebelles. *Presse Med* 1997 ; 26 : 466-7.
- ANAES. Evaluation du TVT (tension-free vaginal tape) dans l'incontinence urinaire d'effort féminine (mars 2002). *Gynecol Obstet Fertil* 2003 ; 31 : 91-5.

Atelier /

« Incontinence urinaire de la femme de plus de 40 ans »
animé par Emmanuel van Glabeke et Luc Martinez
le dimanche 12 octobre 2003
de 11 h à 12 h 30.