

# Incontinence urinaire



**Dr. KIM ENTEZARI**  
CHU Saint Pierre

# Bruxelles



... à moins de 5 km du CHU Saint Pierre

# Définition et Prévalence

**La continence est un rapport de forces**

**La miction nécessite une coordination**

## Définition

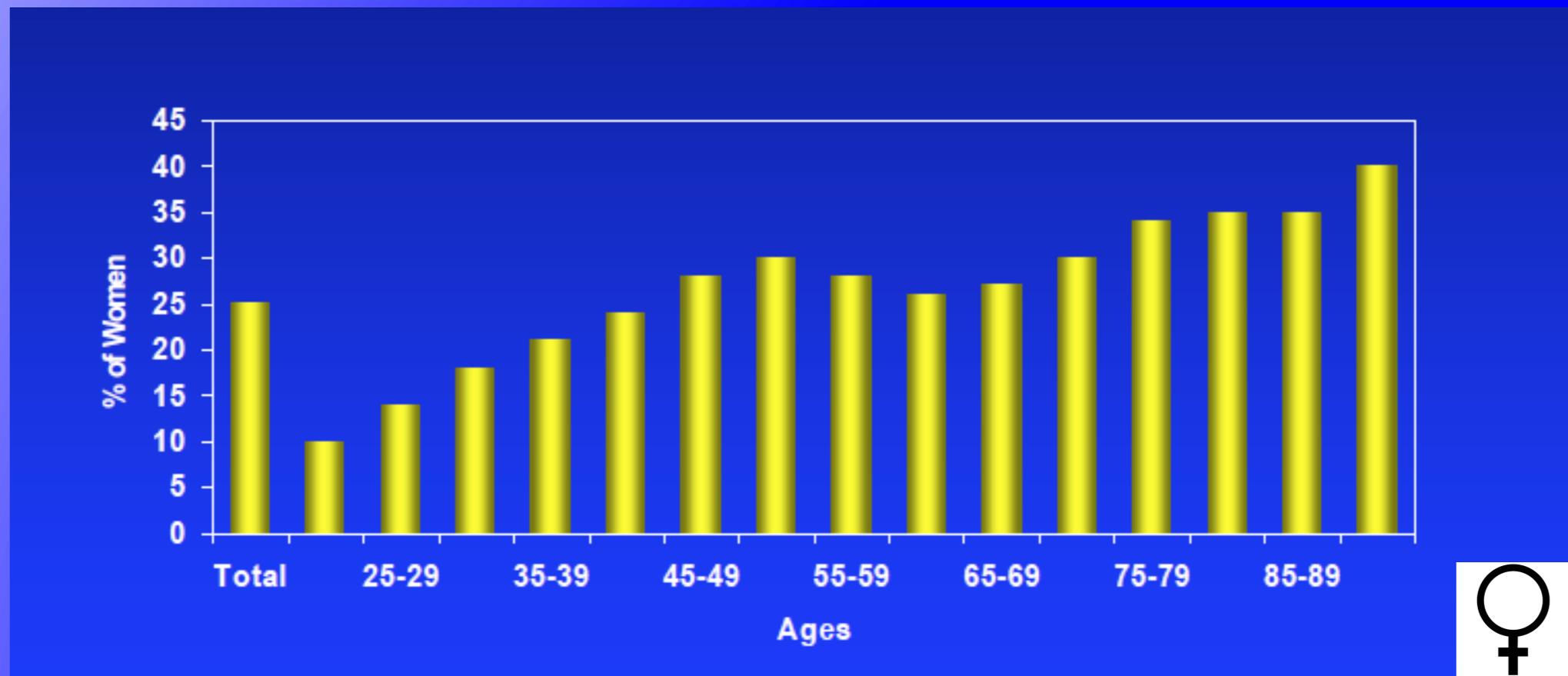
- **L'incontinence est définie par la perte involontaire d'urine**

## Prévalence

- >3 millions de personnes touchées par l'incontinence urinaire en France
- >2% de la population masculine soit environ 600.000 hommes / 1 sur 3 hommes a une prostatectomie radicale
- >10 % de la population féminine soit 1,5 à 3 millions de femmes (30-40 % chez les plus de 65 ans)

**1 FEMME SUR 3 EN  
PARLE A SON MEDECIN**

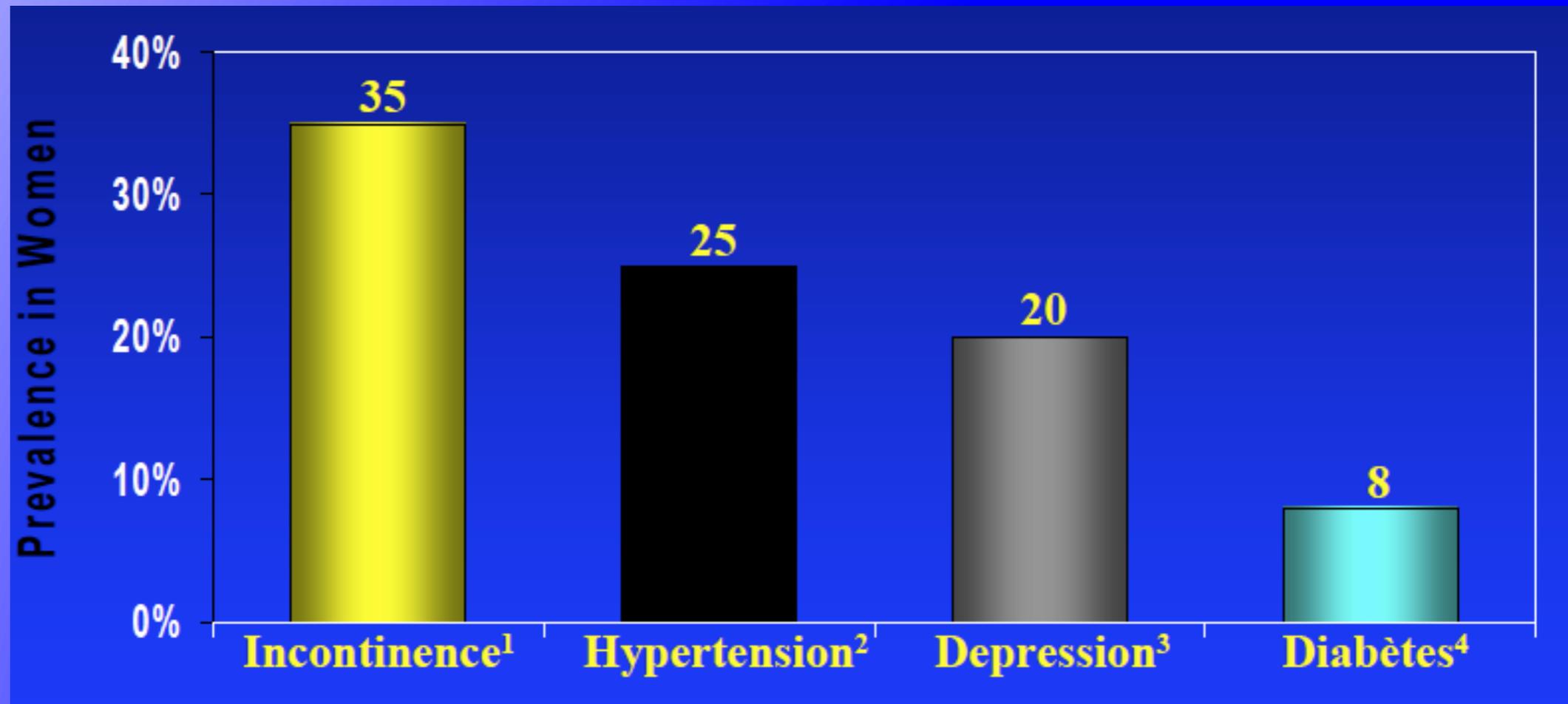
# La prévalence IU augmente avec l'âge



N=27,936.

Hannestad YS, et al. *J Clin Epidemiol.*2000;53(11):1150-

# PREVALENCE > 60 ans



1. Hampel C, et al. *Urology*. 1997;50(suppl6A):4-14.
2. American Heart Association. *Electronic Citation*; 2001.
3. American Family Physician. *Electronic Citation*; 2001.
4. NIDDK. *Electronic Citation*; 2001

# TERMINOLOGIE

**URGENTURIE :**

DESIR SOUDAIN

IMPERIEUX ET IRREPRESSIBLE

D'URINER

**IU PAR URGE**

**IU**

CONSCIENTE ET VOLONTAIRE A L'EFFORT

**IU**

OU NON DU BESOIN D'URINER

**IU MIXTE**

**IU REGORGEMENT**

Puissance maximale des sphincters: 110 cm  
d'eau. Pression vésicale (efforts de toux): plus  
de 150 cm d'eau.

# Incontinence

Femmes

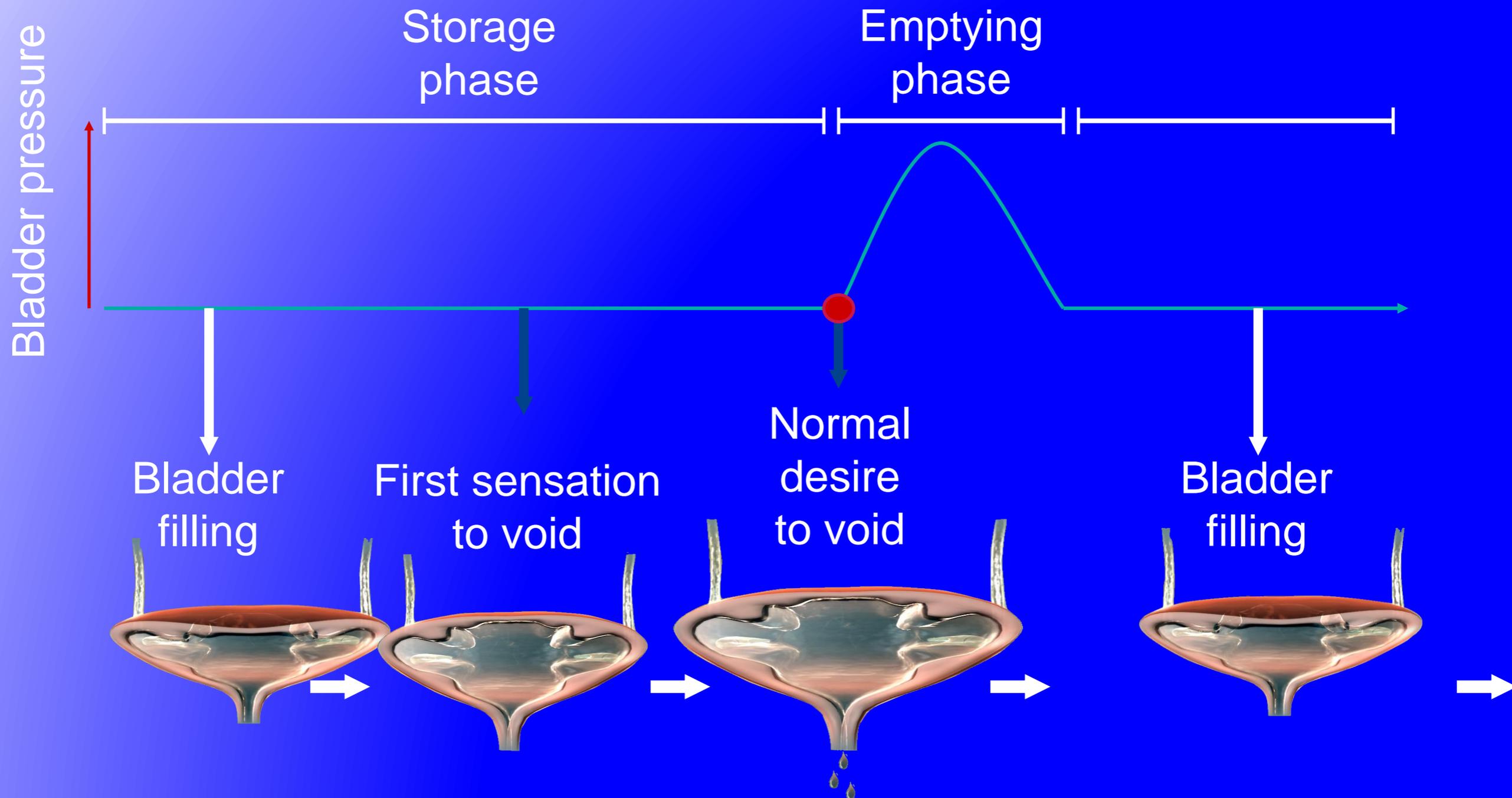
**49%** incontinence d'effort  
22% incontinence urgence  
29% incontinence mixte

Hommes

**73%** incontinence urgence



# Normal Micturition Control



# Loss of Micturition Control

## Distinct types of Female Urinary

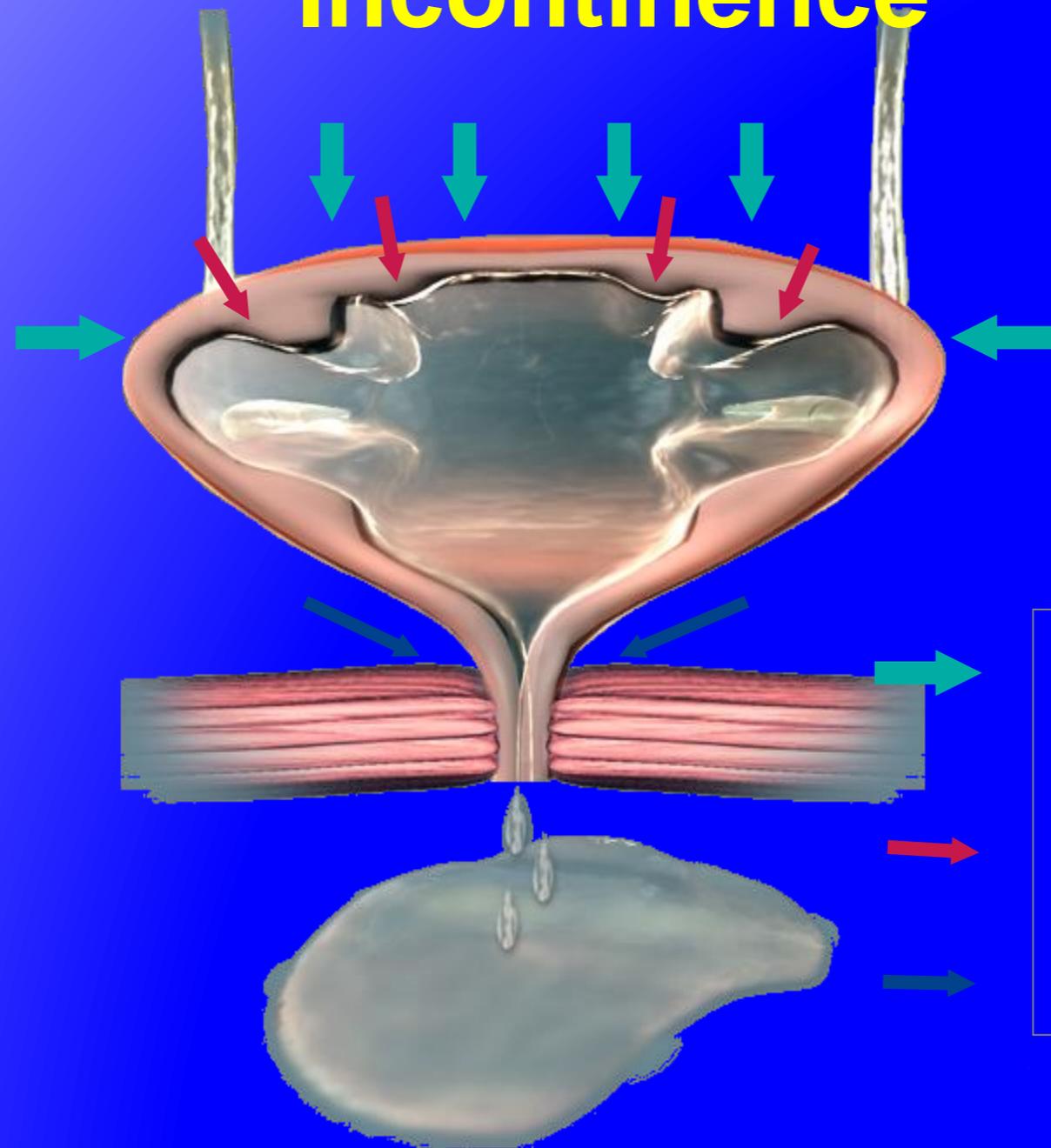
### Incontinence

#### Urge

- Urine loss accompanied by urgency resulting from abnormal bladder contractions

#### Stress

- Urine loss resulting from sudden increased intra-abdominal pressure (eg, laugh, cough, sneeze)



#### Mixed symptoms

Combination of stress and urge incontinence

Sudden increase in intra-abdominal pressure

Uninhibited detrusor contractions

Urethral pressure

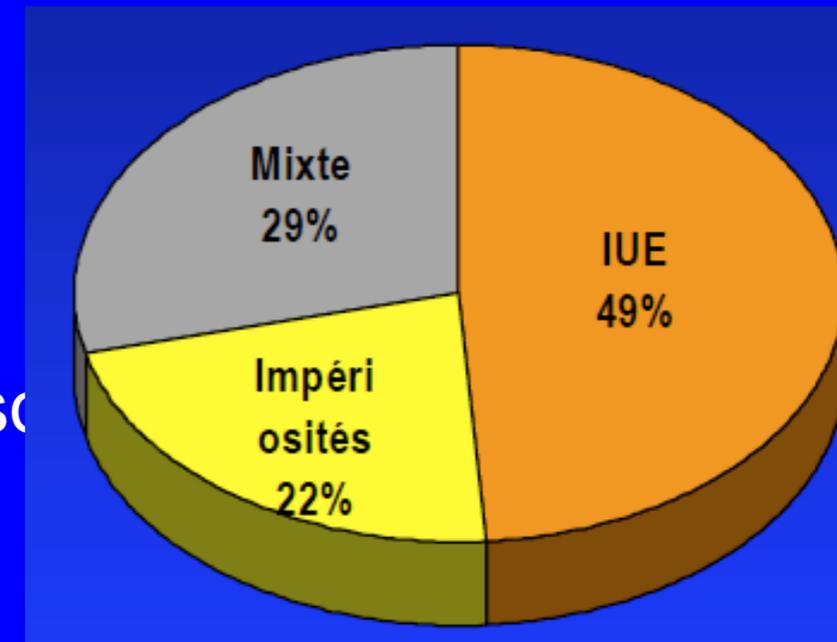
# PREVALENCE

- **Anomalie sphinctérienne ou défaut de soutien IUE**

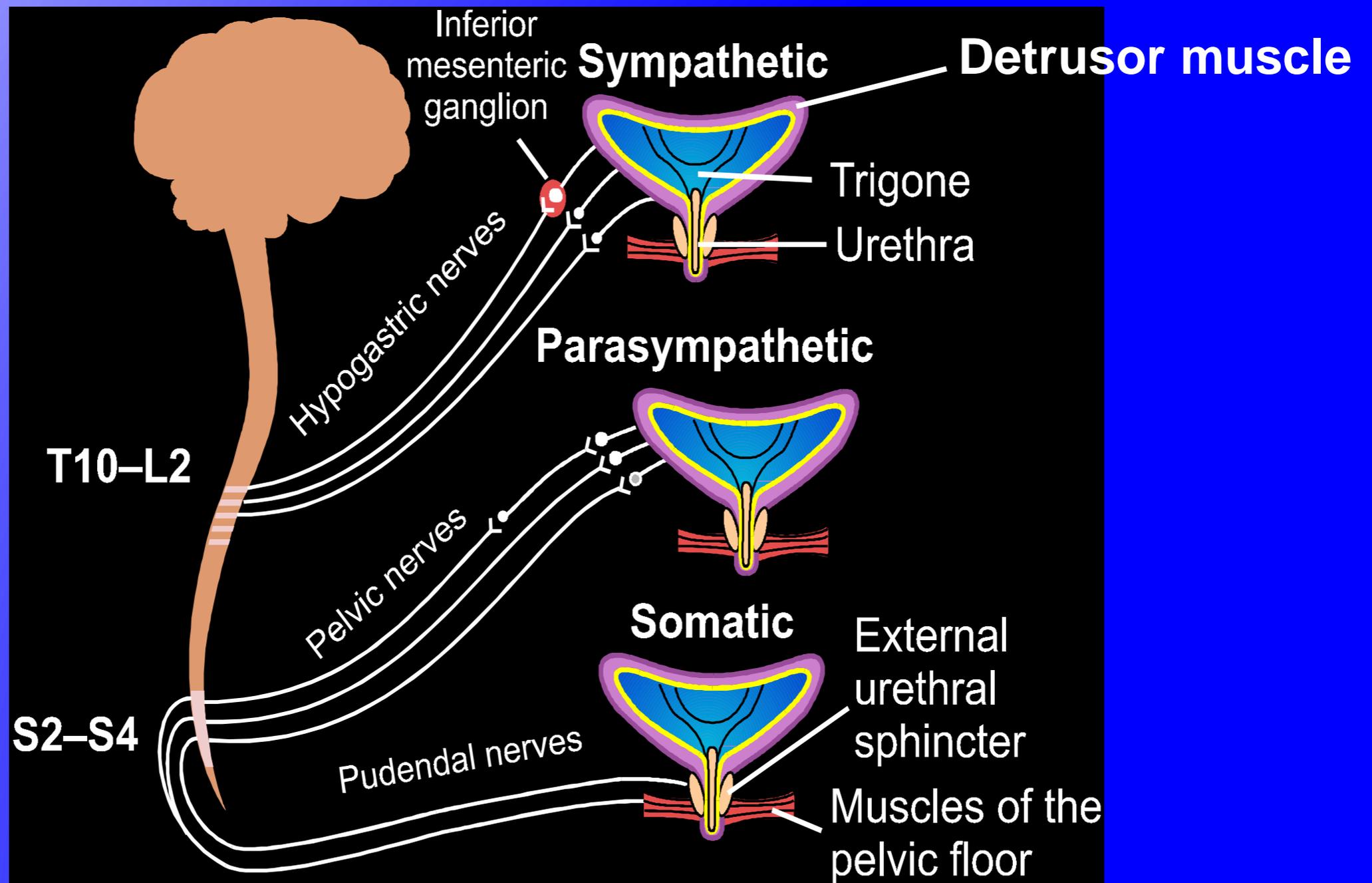
Hyper mobilité urétrale: faiblesse du support musculaire pelvien  
Insuffisance sphinctérienne  
Les deux formes peuvent être associées

- **Anomalies vésicales**

Hyperactivité (contractions involontaires du détrusor)  
Hyper-réflexie (origine neurologique)  
Faible compliance vésicale



# LOWER URINARY TRACTS INNERVATION

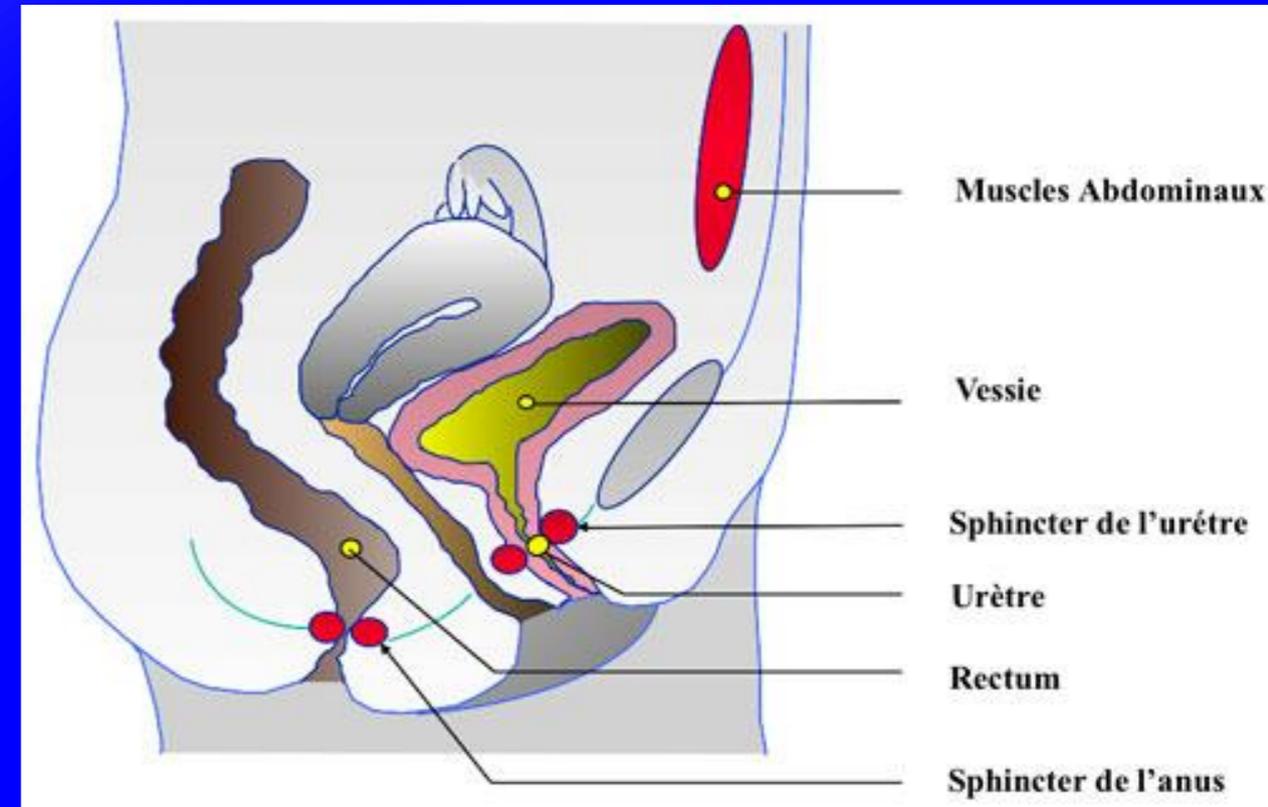


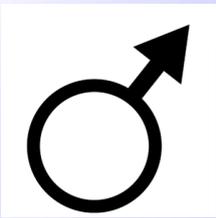
Abrams P, Wein AJ. *The Overactive Bladder—A Widespread and Treatable Condition*. 1998.



# Causes

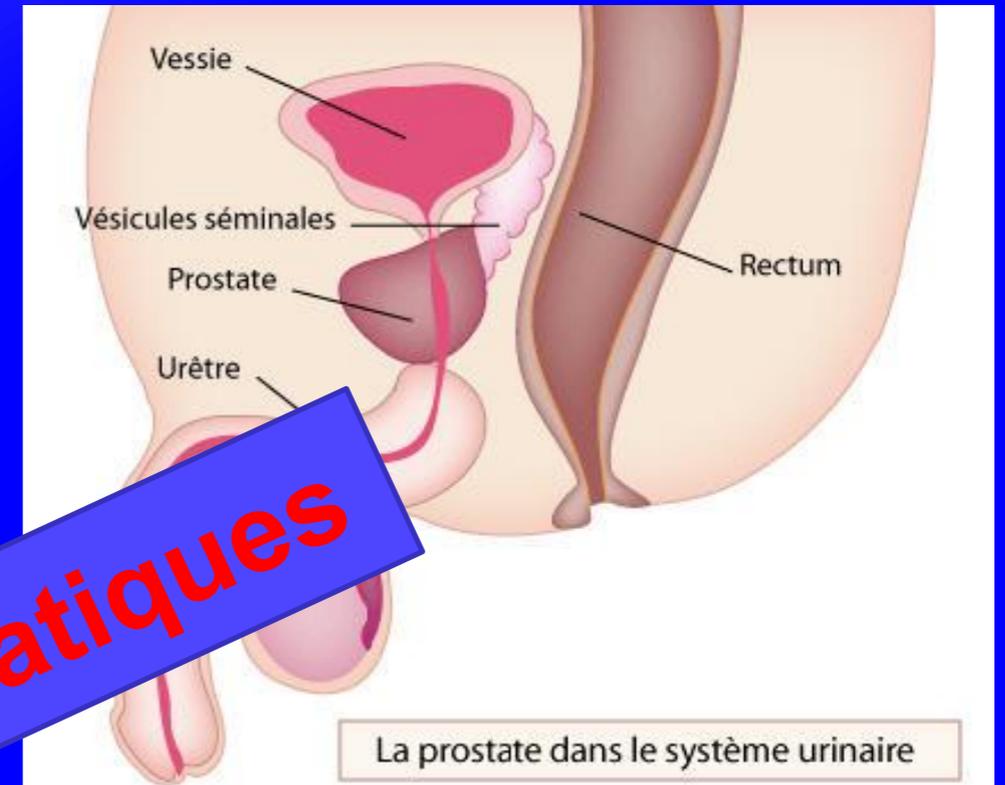
- Traumatisme à l'accouchement
- Déficience en hormones (oestrogènes)
- Relâchement des muscles du pelvis
- Infection
- Autres





# Causes

- Suites de traitements pour maladie d'un organe pelvien, le plus souvent la prostate
  - opération chirurgicale (exemple ablation de la prostate pour cancer)
  - Rayons ou autre agents
- Traumatisme pelvien
- Anomalie acquise ou congénitale du système urinaire
  - Anomalie de la prostate
  - neurologique
- Infection urinaire
- Autre



**Troubles vésico prostatiques**

# BILAN

- INTERROGATOIRE ET CATALOGUE MICTIONNEL
- EXAMEN CLINIQUE + NEUROLOGIQUE
- EMU
- ECHO VESICALE
- URODYNAMIQUE
- CYSTOSCOPIE
- IRM PELVIENNE DYNAMIQUE

# ANAMNESE

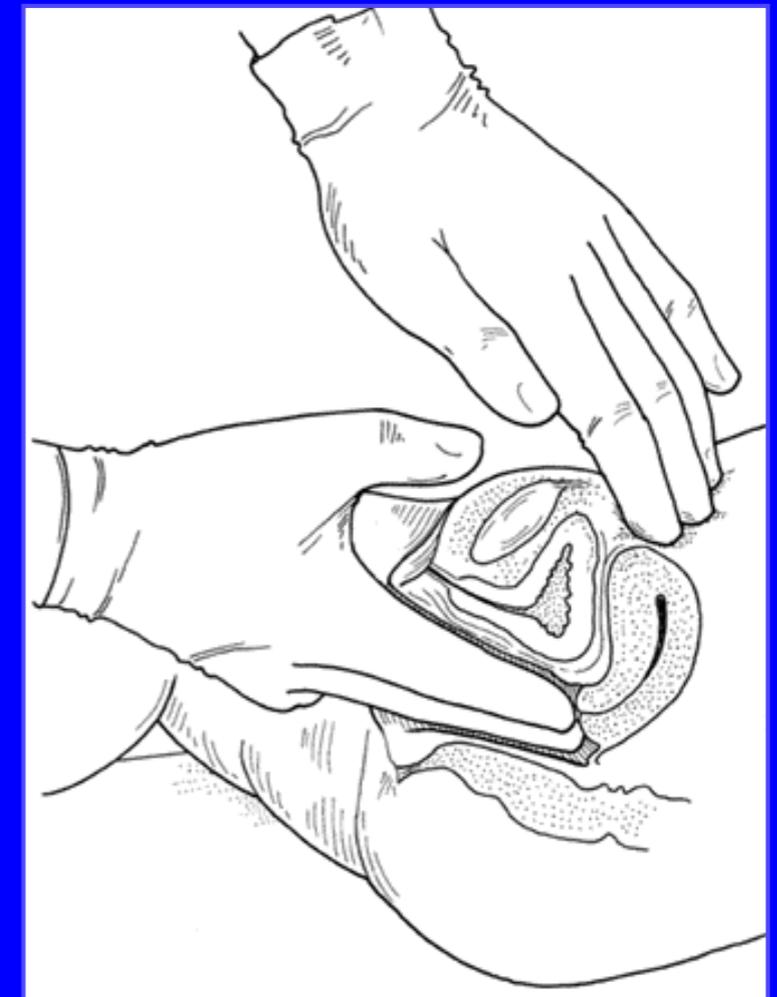
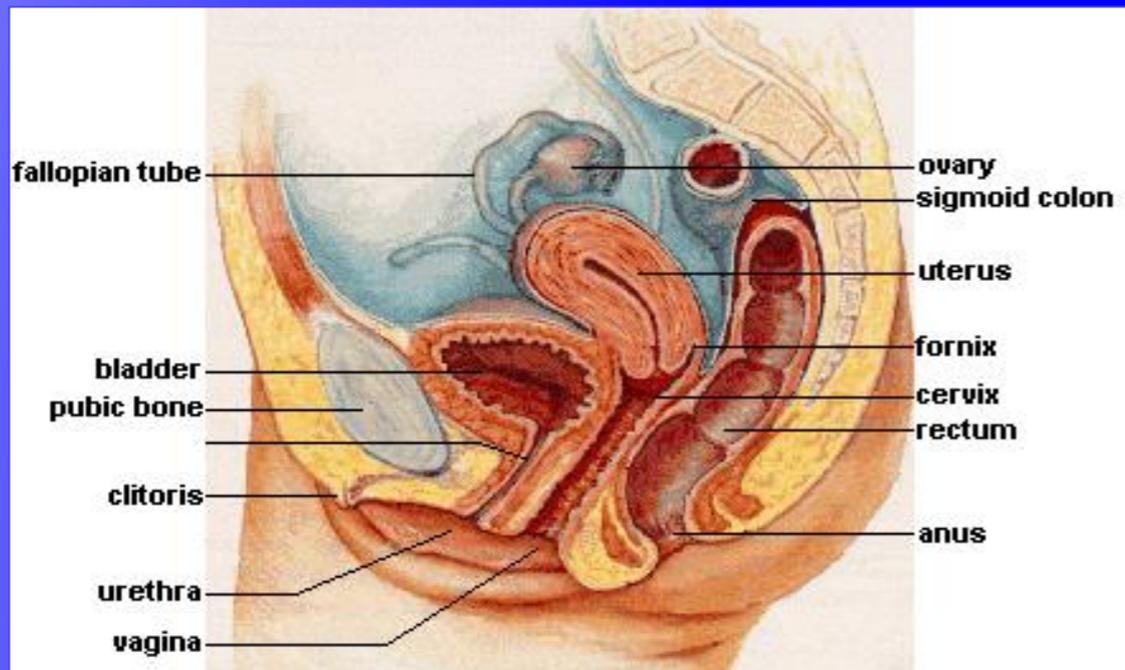
Symptômes	Instabilité vésicale	Incontinence d'effort
Impériosité	+++	0
Fréquence >8/24h	+++	+
Fuites à l'effort	0	+++
Volume des fuites	+++	+
Nycturie	++	0

# EXAMEN CLINIQUE

- SPECULUM
- BONNEY
- TEST ULMSTEN
- PAD TEST

# EXAMEN PHYSIQUE

- Présence d'un prolapsus
- Evaluation du tonus musculaire
- Evaluation des muqueuses / imprégnation hormonale
- Palpation / test pression uréthrale
- Mise en évidence de la fuite à la toux

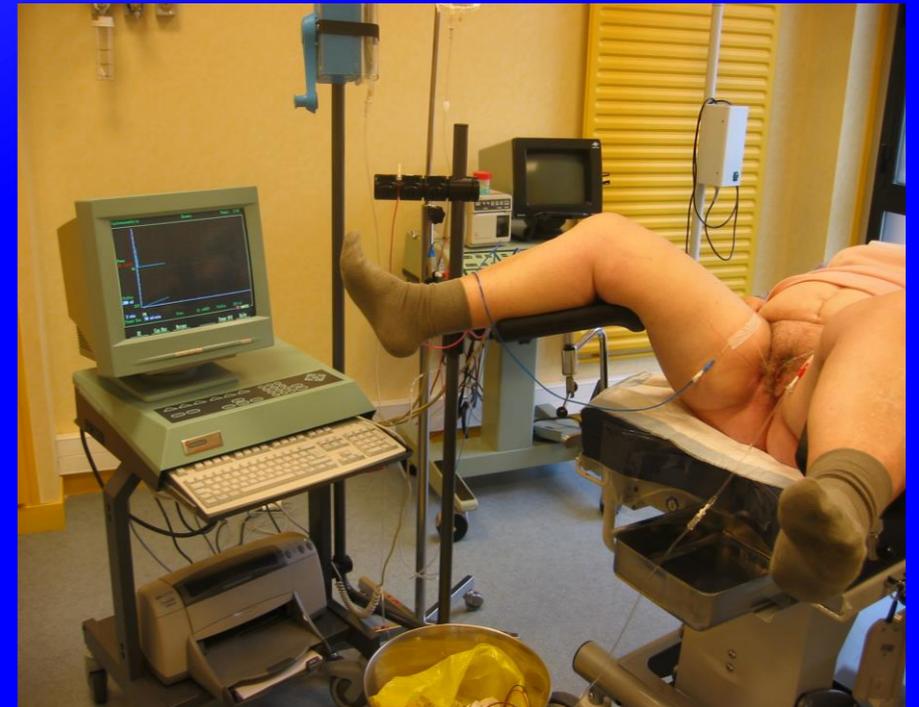




# L'EXAMEN URODYNAMIQUE

## Quand ?

- Incertitude diagnostique
- Echec traitement antérieur
- Recherche facteurs pronostiques
- Indication opératoire complexe
- Adaptation de la technique opératoire



**Dans la réalité, peu utile car peu reproductible et fiable**

# COLPO CYSTO DEFECO /DYNAMIC MRI

## •Intérêts :

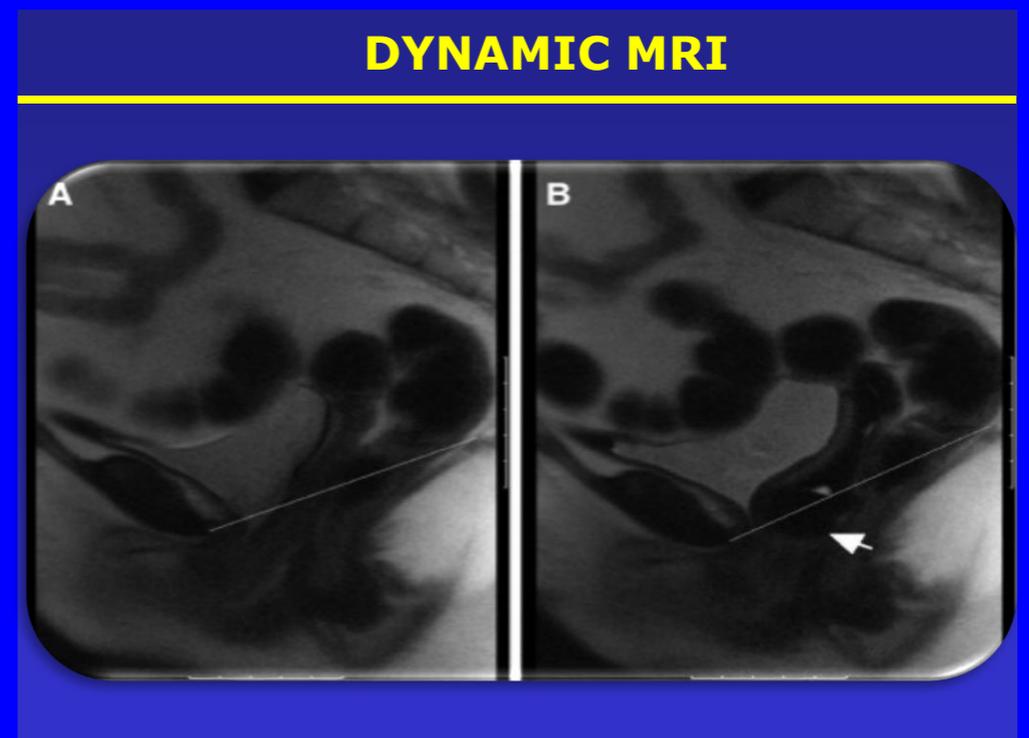
- Mise en évidence de rectocèle ou hystérocèle associées à la cystocèle
- Signe indirect d' élytrocèle

## •Limites

- Pas de visualisation des structures musculaires et ligamentaires (sauf MRI)
- Non réalisable pour la patiente

## •Avantages:

- Résultats fiables
- Position debout



# Examens complémentaires: Quand ?

## **PAS SYSTEMATIQUE** si

incontinence urinaire d'effort pure. (bilan minimum : débitmétrie, mesure du résidu post mictionnel)

## **SYSTEMATIQUE** si (Hermieu 2007)

Antécédent chirurgie incontinence

Association urgenturie fuites

Incontinence sévère

Anomalies mictionnelles

Test à la toux négatif

Faible capacité vésicale

Suspicion obstruction ou acontractilité vésicale

# **INCONTINENCE URINAIRE EFFORT**

# INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

**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

# INDICATIONS THERAPEUTIQUES

INCONTINENCE D'EFFORT



DULOXETINE

KINESITHERAPIE

BANDELETTE SOUS URETHRALE

SPHINCTER ARTIFICIEL

# IUE

# DULOXETINE

YENTREVE /CYMBALTA chlorhydrate de  
duloxetine

40 mg 2 fois par jour vs 30 mg 2 fois par jour

Inhibiteur recapture Serotonine et Adrenaline

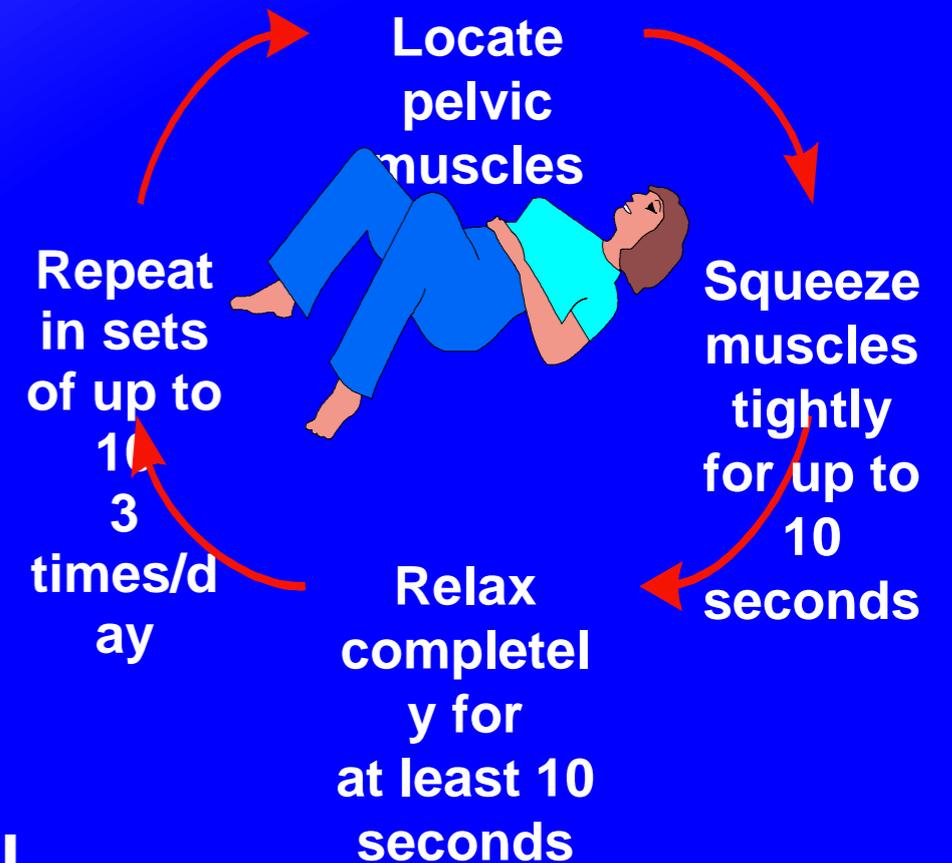
Syndrome depressif ????

Incontinence d'effort modérée

Beaucoup utilisé pour IUE post prostatectomie

# KINESITHERAPIE

- TESTING MUSCULAIRE
- BIO FEED BACK
- STIMULATION NERF TIBIAL POSTERIEUR
- **ENTRETIEN NECESSAIRE**



# KINESITHERAPIE

Guérison complète: 20 %

Amélioration: 30 à 50%. (revue Sengler 2000)

## FACTEURS PRONOSTICS DE SUCCES

Grade de l'incontinence Testing musculaire  
> 2 PC > 40 cm d'eau

# IUE

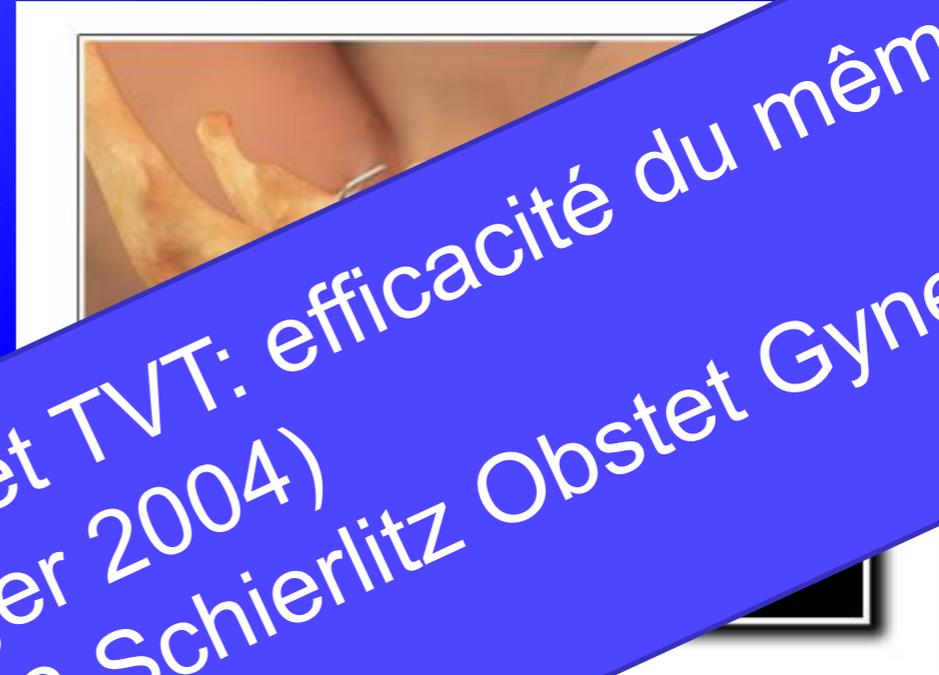
## TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

- BANDELETTES SOUS URETHRALES
- INJECTIONS PARA URETHRALES
- BALLONNETS GONFLABLES
- SPHINCTER ARTIFICIEL



# IUE

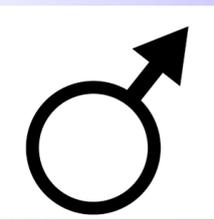
## BANDELETTE SOUS URETRALE



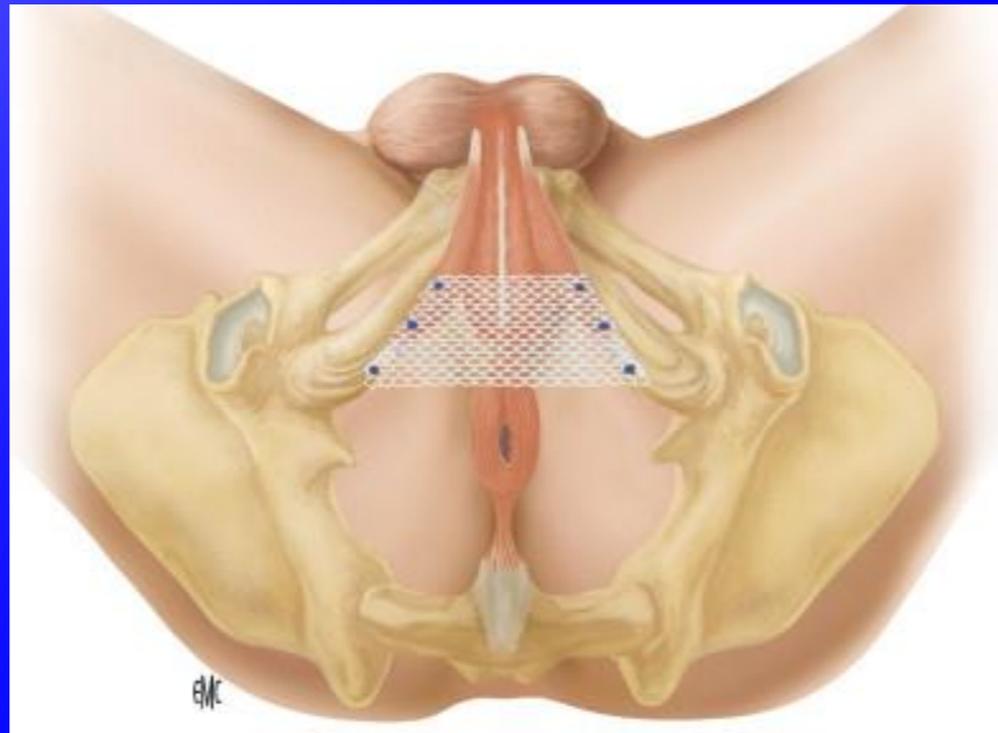
Insuffisance sphinctérienne: TOT et TVT: efficacité du même ordre (Ballanger 2004)  
 TOT < TVT: suggéré (Jeong 2008 Schierlitz Obstet Gynecol 2008)

TVT-O

		Success (%)	Recurrent Incontinence	95% CI
Sling		89.2 - 98.6	<b>86.1</b>	82.4 - 89.8
Bulbourethral	<b>89.8</b>	87.6 - 92.1	<b>82.5</b>	76.3 - 88.7
Needle	<b>86.7</b>	75.5 - 97.9	<b>86.4</b>	72.4 - 100
Anterior vaginal repair	<b>67.8</b>	62.9 - 72.8	<b>N/A</b>	N/A
Injectables	<b>45.5</b>	28.5 - 62.5	<b>57.8</b>	43.2 - 72.4



# IUE BANDELETTE SOUS URETRALE

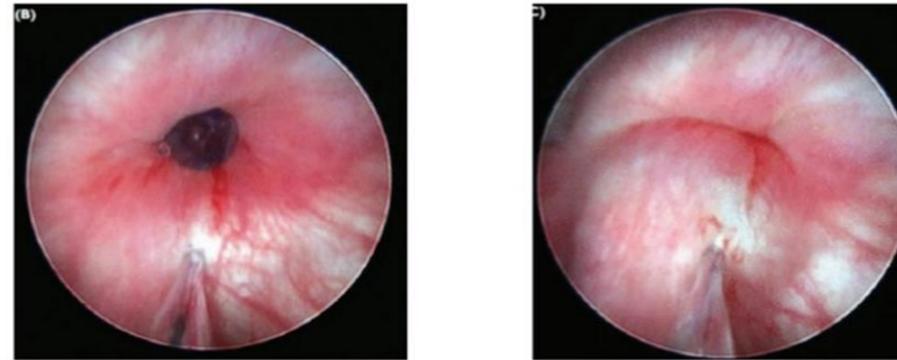


# IUE

## INJECTIONS PARA URETRALES



– Submucosal into bladder neck or periurethral to increase urethral resistance.



By Moh. Metwaly, MBBCh

Revised by M.A. Wadood, MD, MRCS

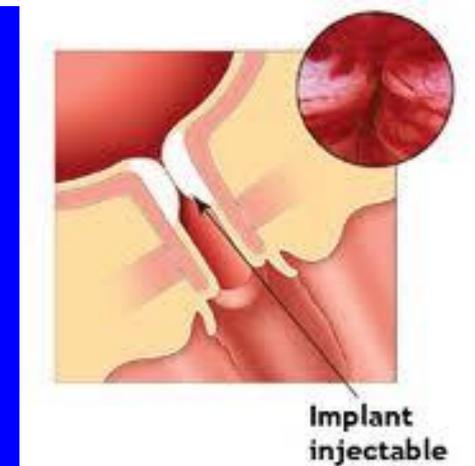
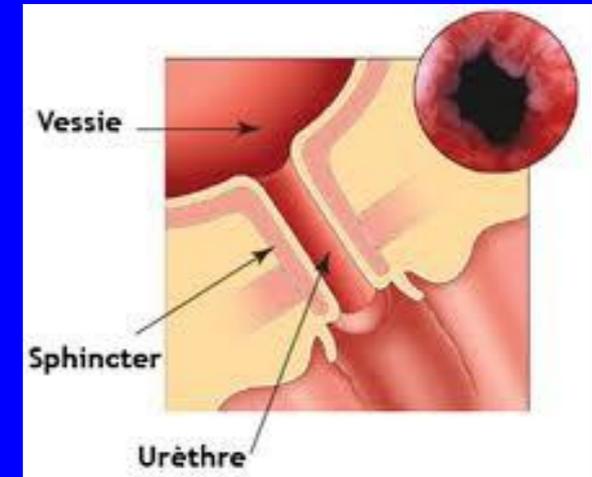
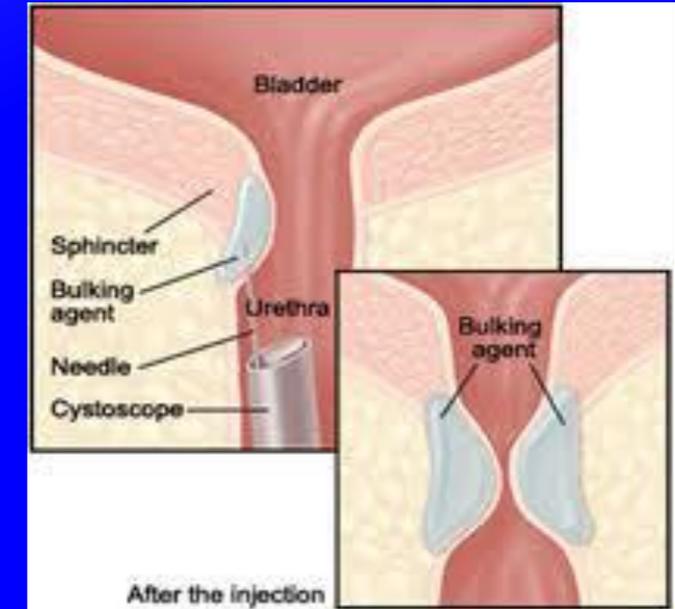


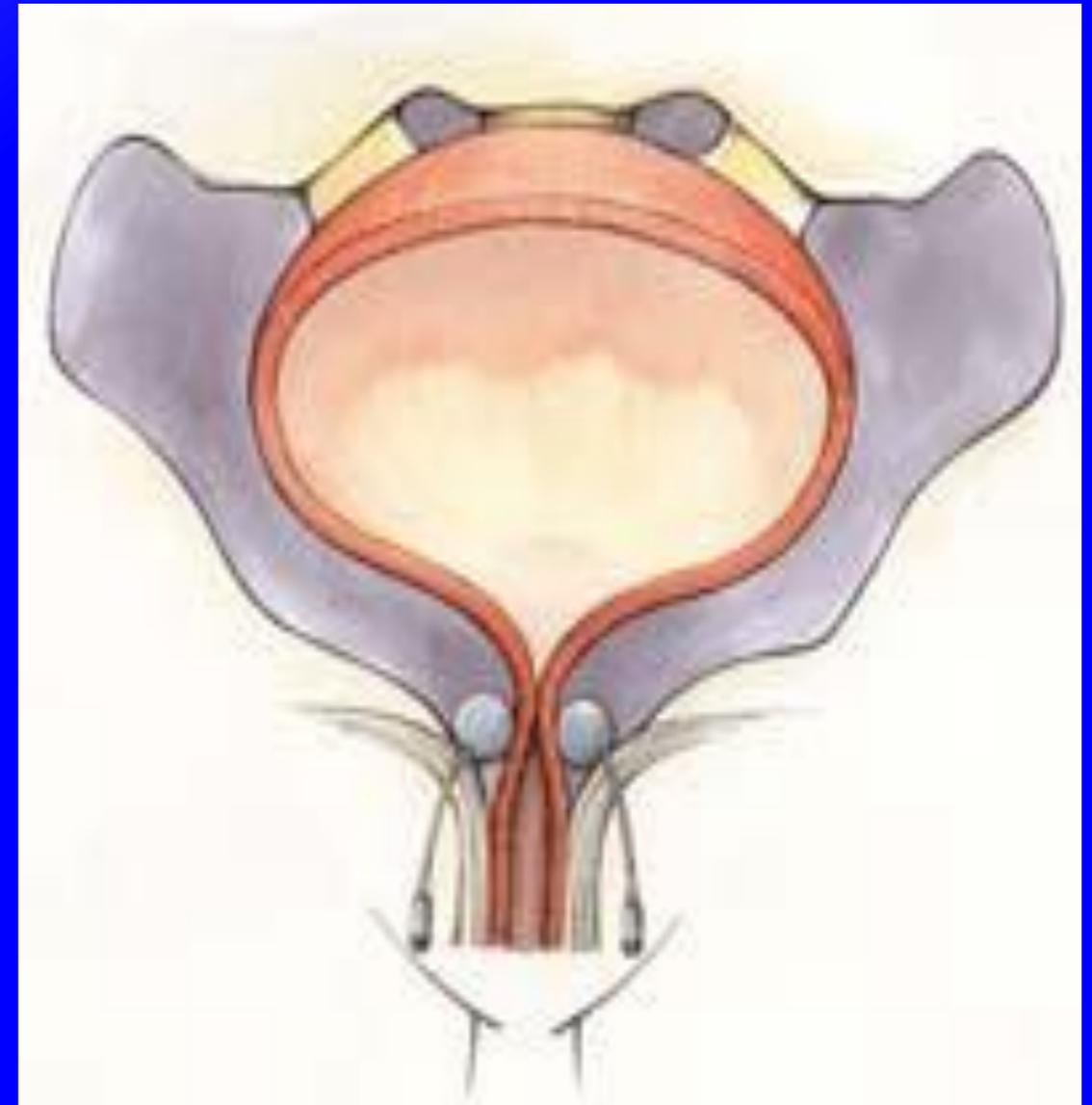
Tableau 1. Résultats et complications des traitements de l'incontinence urinaire d'effort de la femme par injections périurétrales. D'après Haab et al. [9].

	Complications	Guérison (%)	Amélioration (%)	Echecs (%)	Recul (mois)	Volume injecté (cc)	Nombre de traitements
PTFE	Locales : granulomes, abcès, diverticules Générales : embols	8-54	19-27	27-81	40 (11-60)	11,8	1,4
Collagène	Allergies : 1-3% Résorption	23-47	18-50	7-36	11 (3-36)	10,6	2,0
Graisse	Douleur prélèvement Résorption	23-54	18-51	21-27	13 (1-40)	15,5	2,7
Silicone	?	82-95	10	5-8	8 (1-12)	3,0	1,2

# IUE

## BALLON PARA URETRAL

- Voie d'avenir ?
- Toujours en évaluation
- Efficacité à moyen terme : 70%
- Prix



# IUE

## SPHINCTER ARTIFICIEL

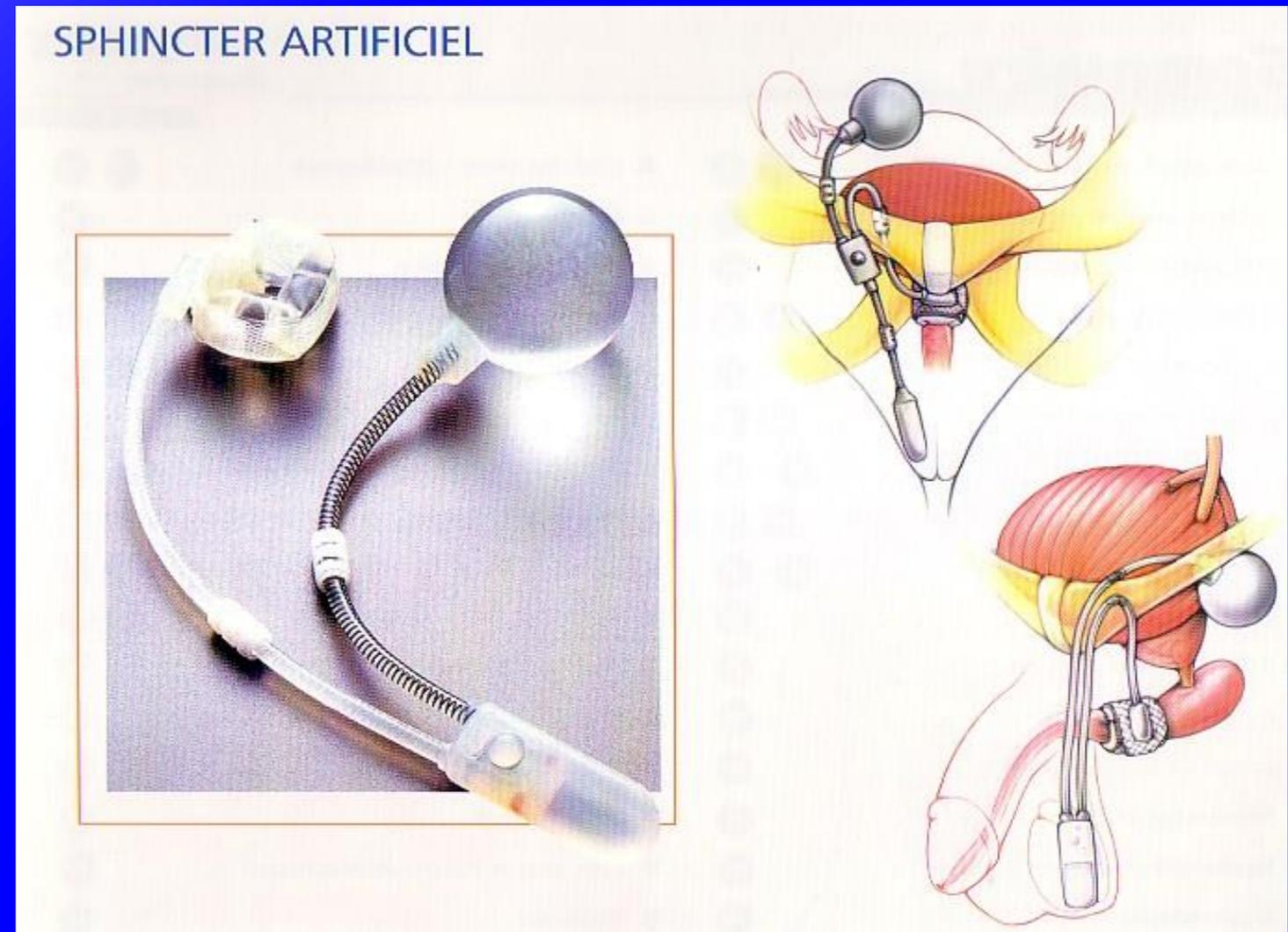
### Principe

- Prothèse
- Silicone
- Active

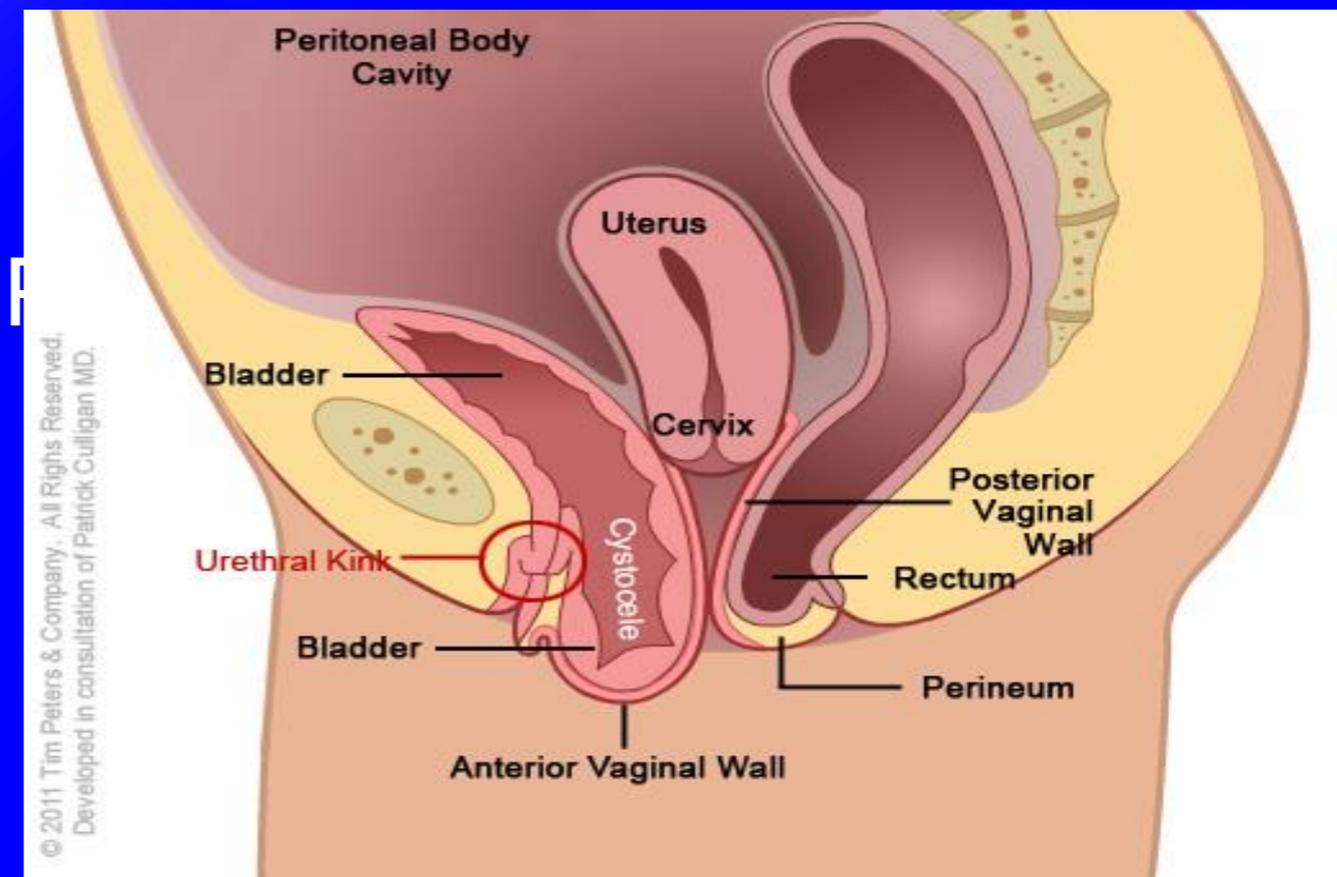
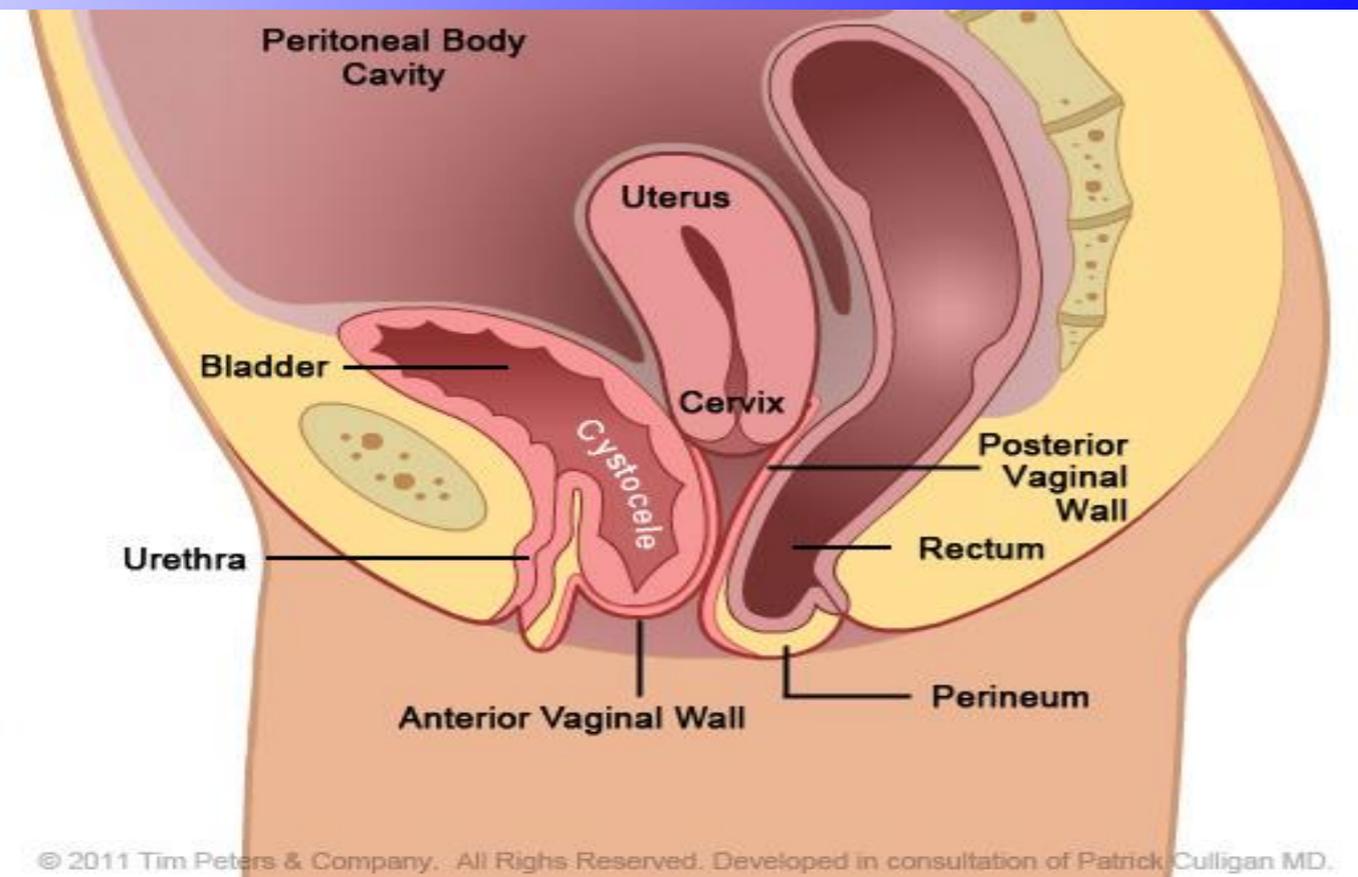
Efficace à 80% à 10 ans

### Inconvénients

- Manipulation
- Infection
- Erosions
- Remplacement révision 6 à 45%



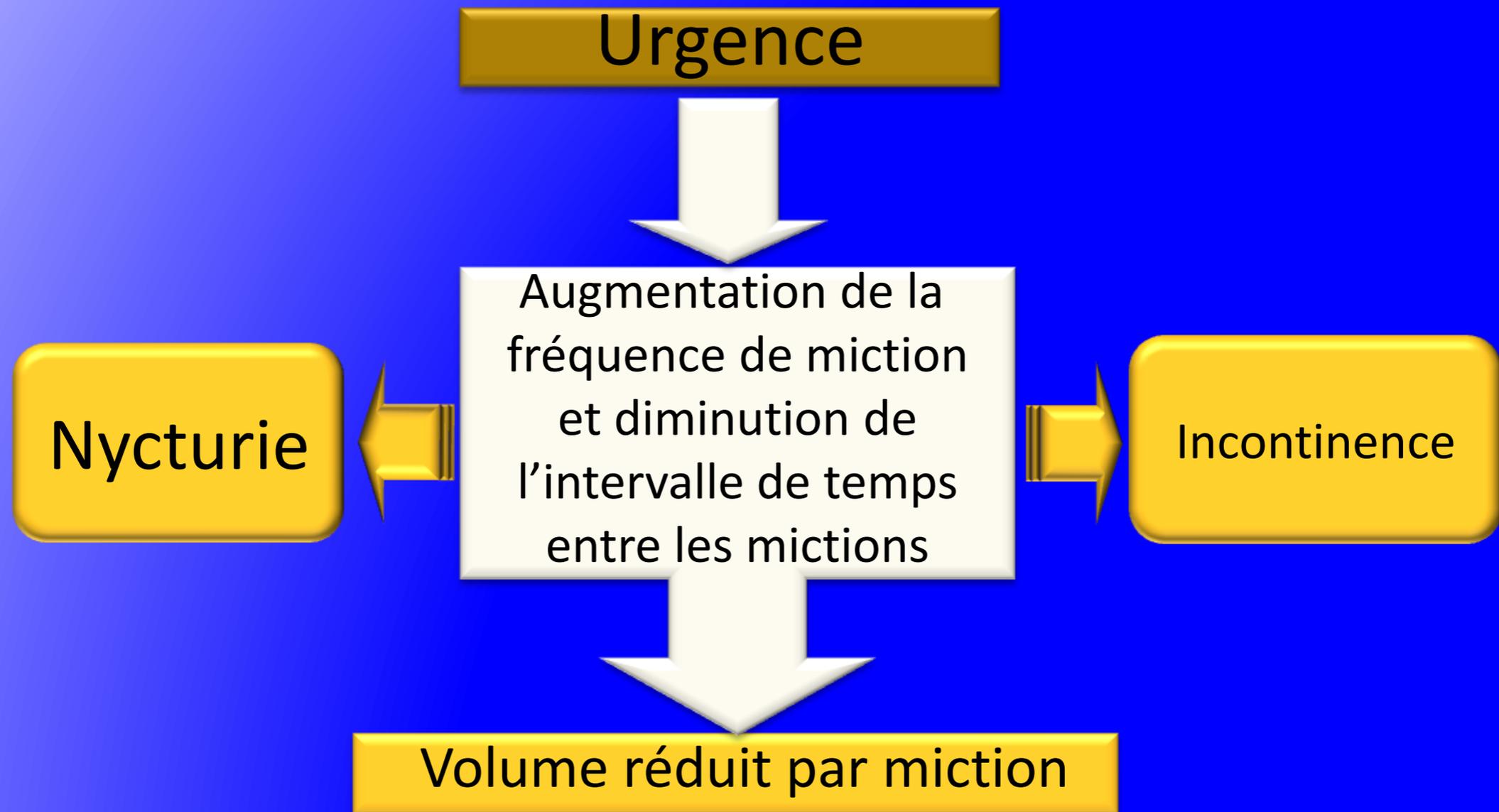
# INCONTINENCE MASQUEE



# **INCONTINENCE D'URGENCE**

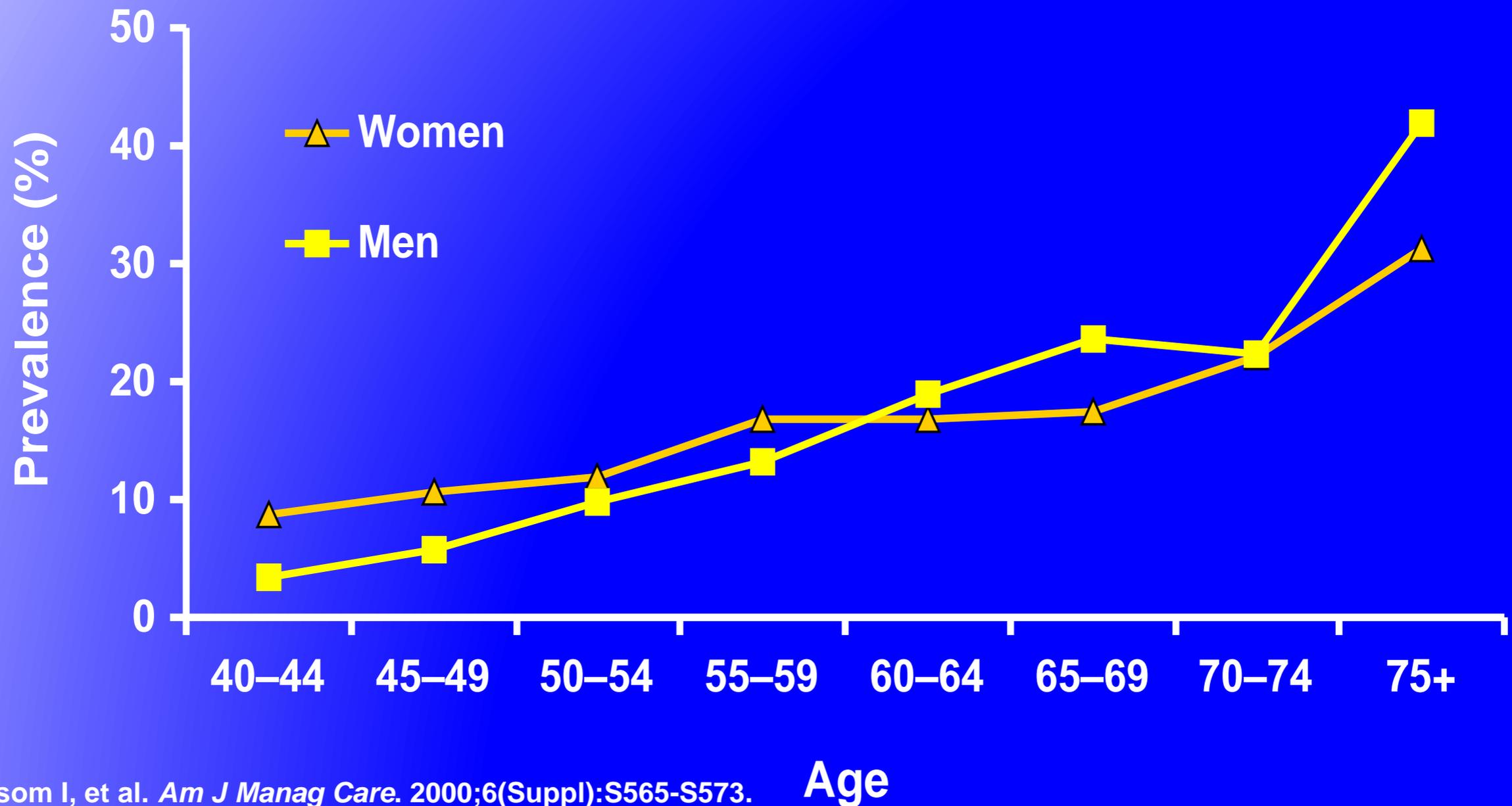
# Étiologie de l'HAV

Urgence : le principal symptôme qui commande tous les autres<sup>2,3</sup>



# Prévalence HAV en fonction de l'Age

(N=16,776)



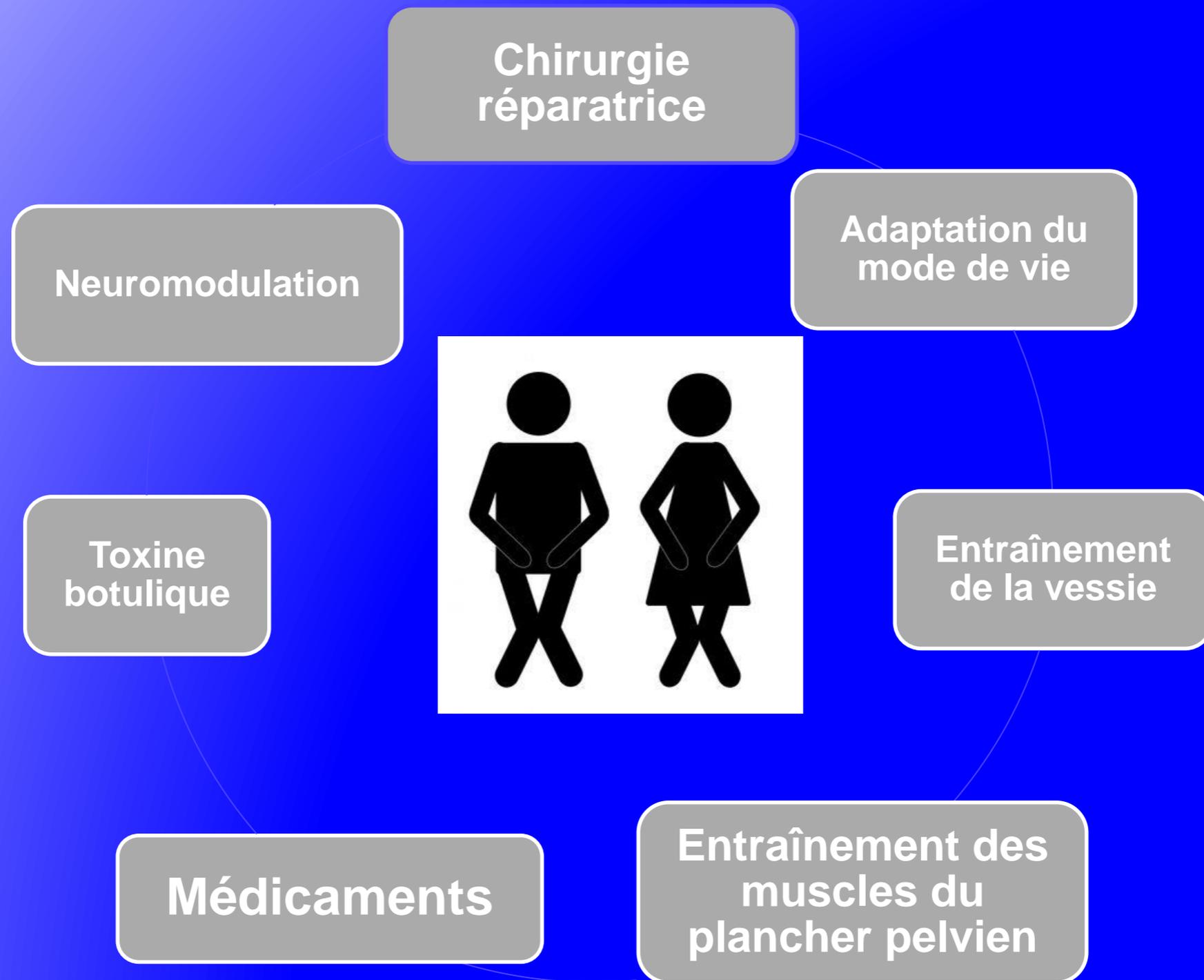
# HAV

## OBJECTIFS DU TRAITEMENT

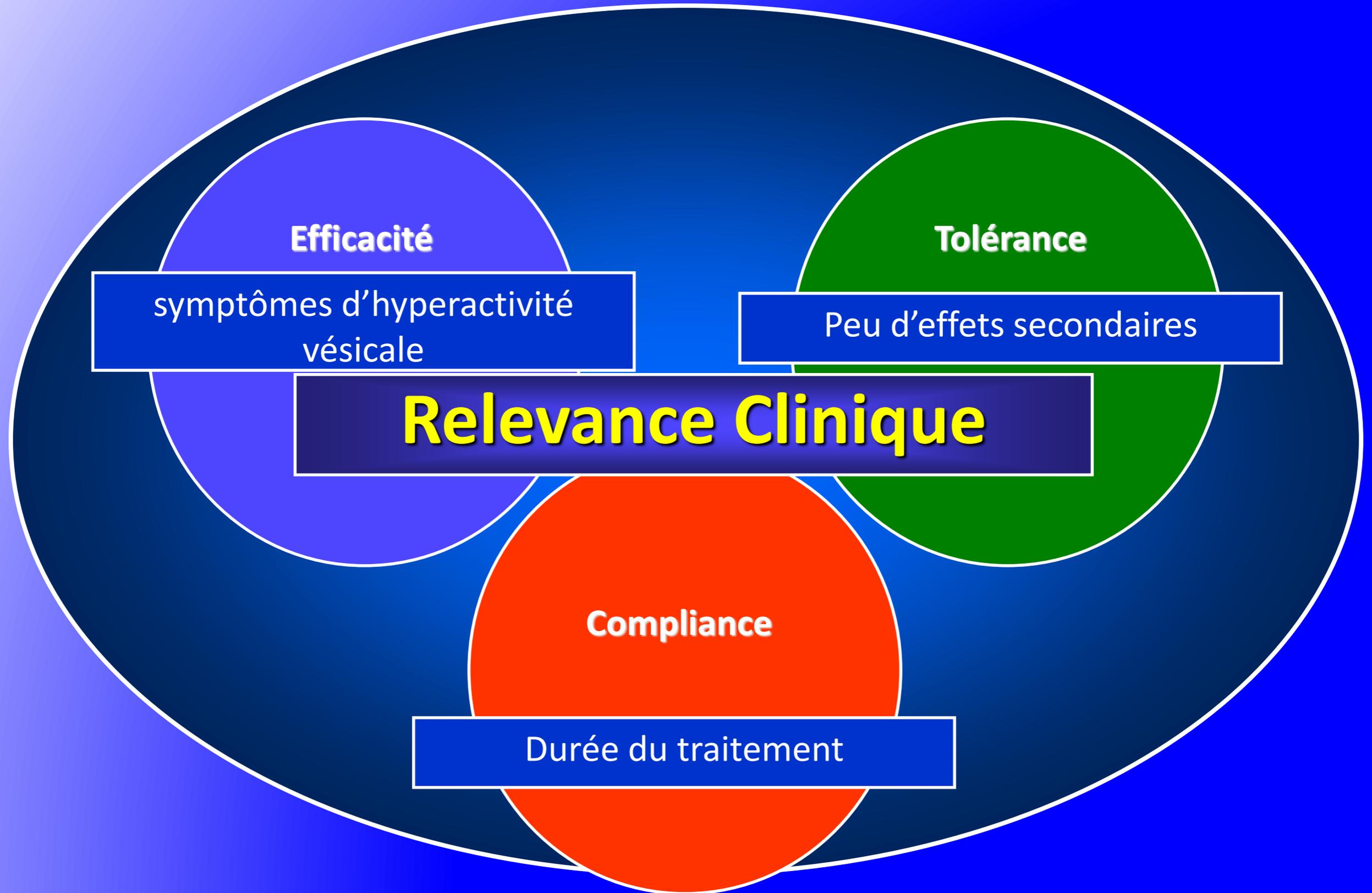
- Augmenter la capacité vésicale et le délai mictionnel sans altérer la possibilité d'une bonne vidange de la vessie
- Atténuer les symptômes
- Amélioration de la qualité de vie
- **Ne pas parler de guérison**



# TRAITEMENT HAV



# SITUATION IDEALE



# INDICATIONS THERAPEUTIQUES

IU PAR URGENTURIE

ANTICHOLINERGIQUES

KINESITHERAPIE

NEUROMODULATION

TOXINE BOTULIQUE

OESTROGENES LOCAUX

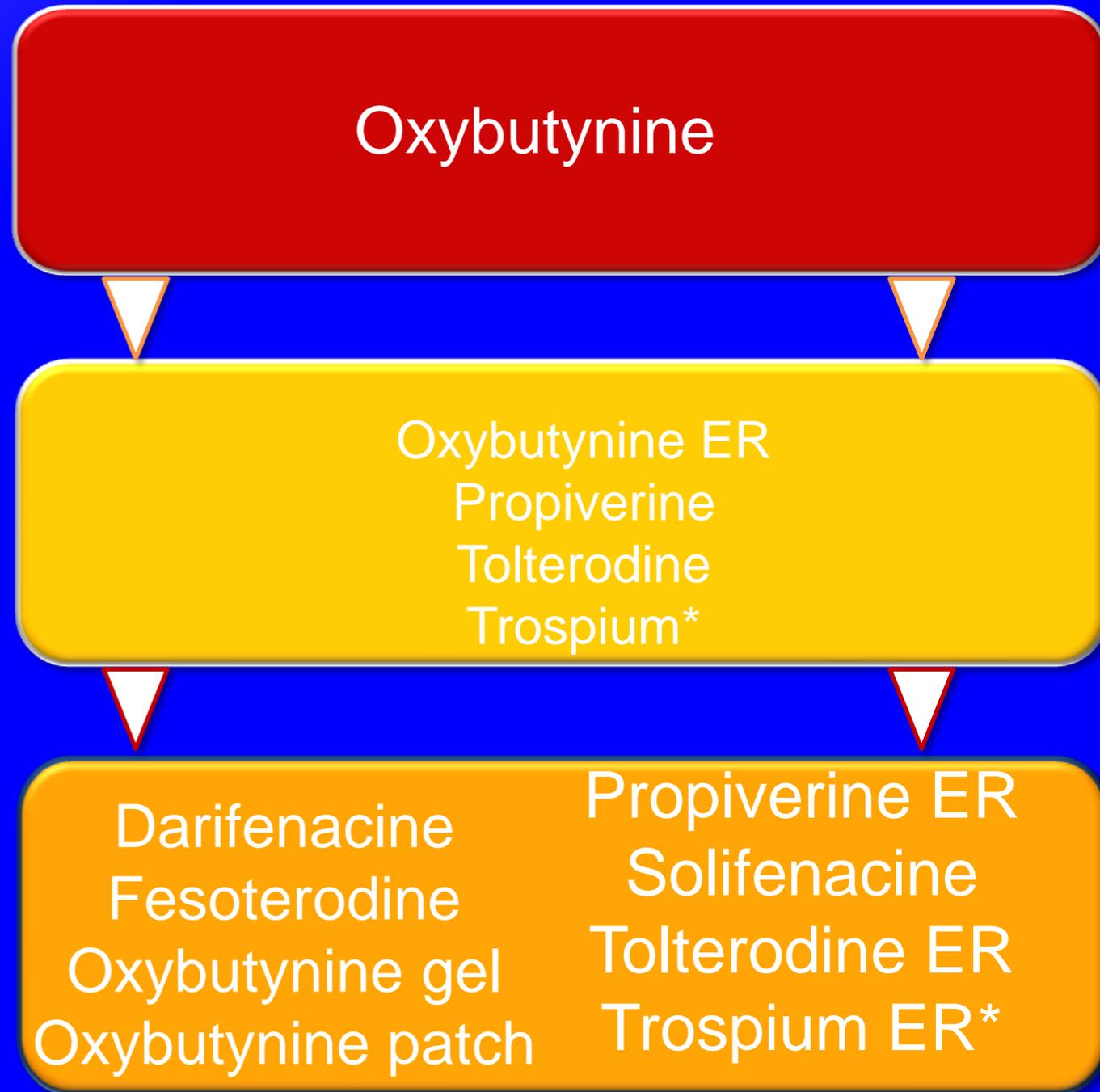
MIRABEGRON (BETMIGA)

# HAV

## ANTICHOLINERGSIQUES

- 1<sup>er</sup> traitement de la vessie hyperactive
- Diminuer la contractilité Détrusor
- Améliorer la compliance et le réservoir vésical
- Diminuer la sensibilité

1970-1980  
1990-2000  
2000-2010

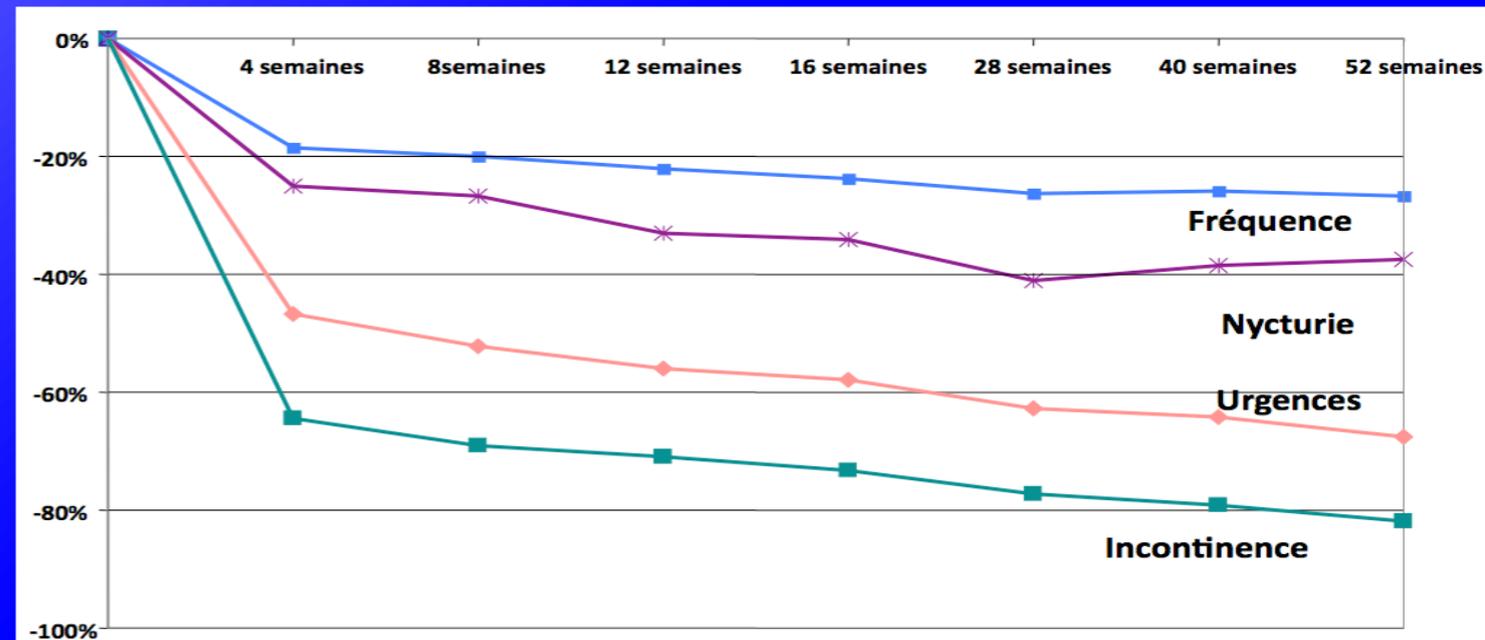


# HAV

## EFFETS SECONDAIRES / COMPLIANCE

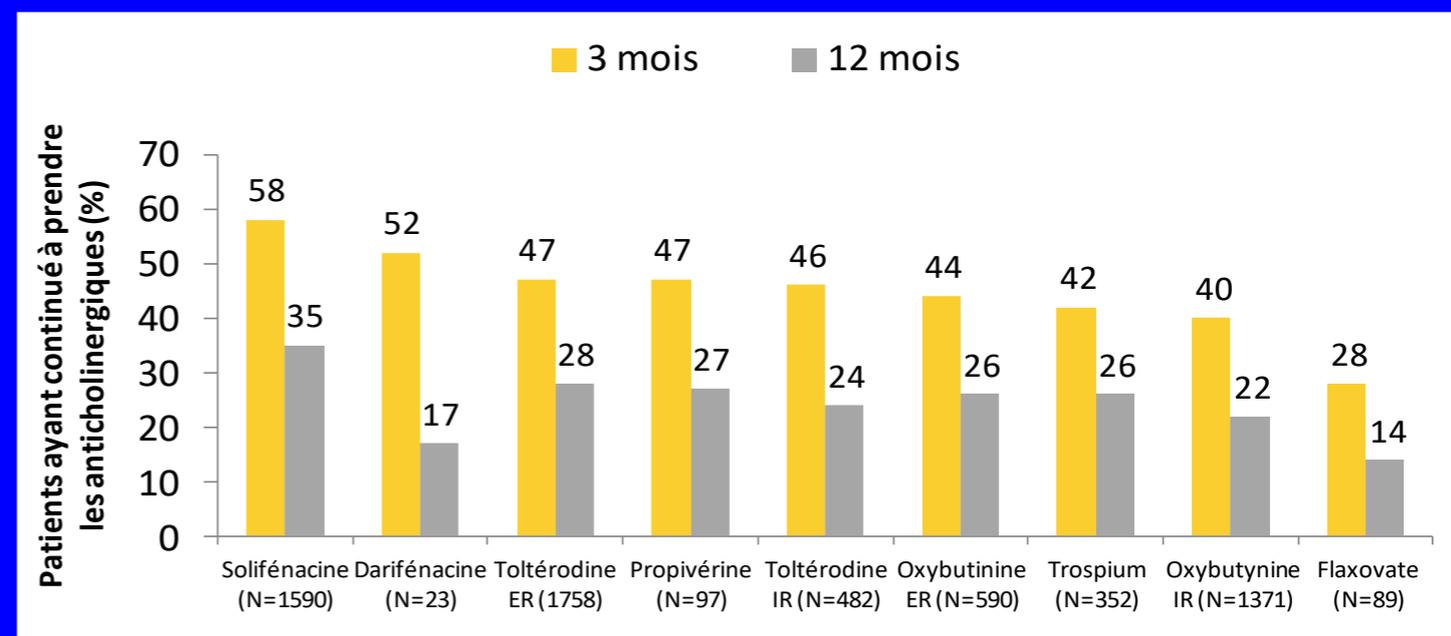
- Effets secondaires

- Sécheresse des muqueuses
- Troubles accommodation
- Constipation
- Confusion, vertiges



- Contre-indication

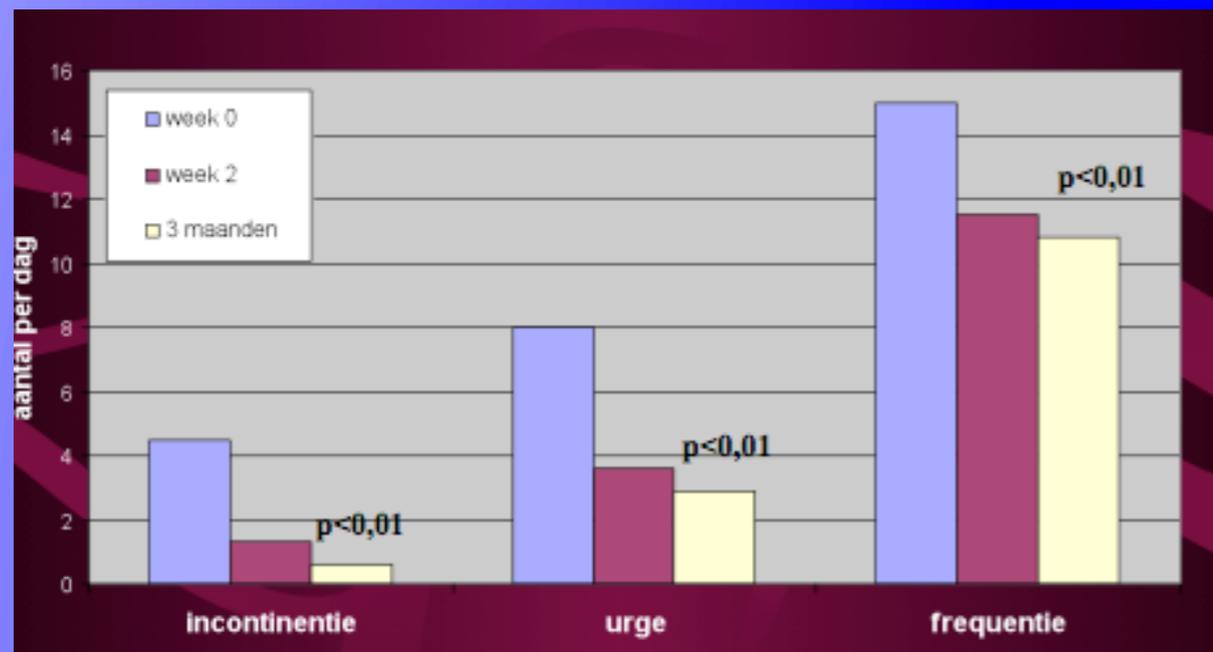
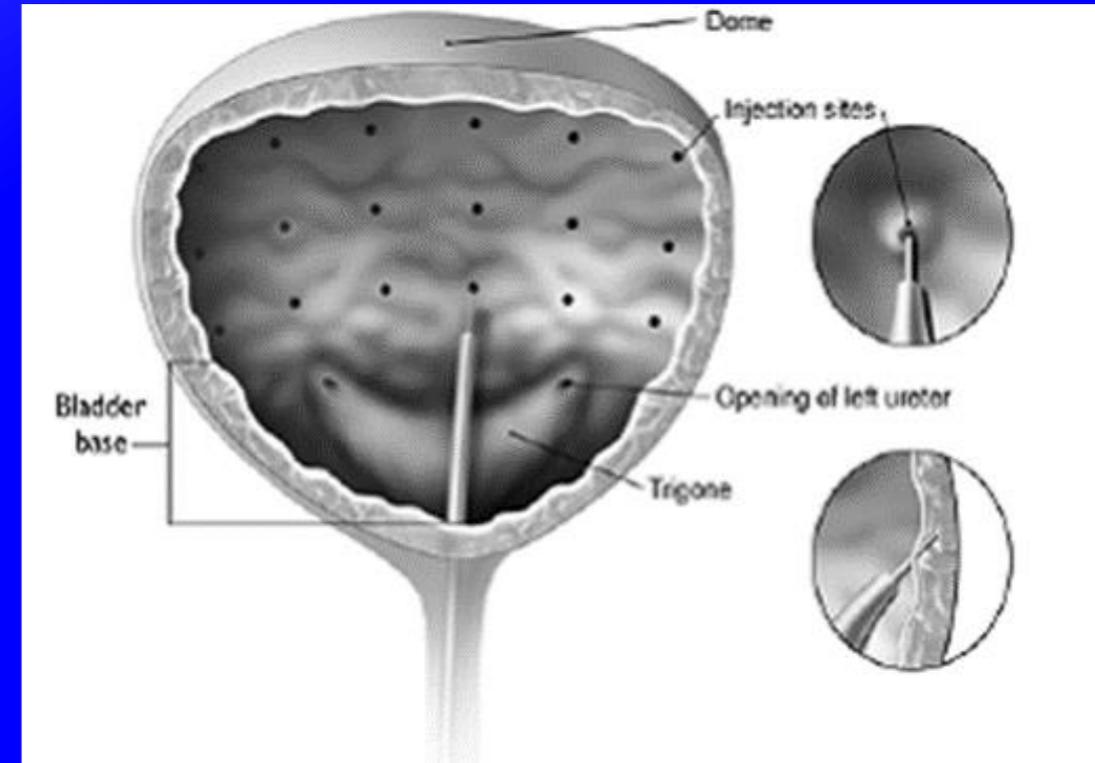
- Glaucome non traité
- Grossesse
- Pathologie vésicale obstructive
- Myasthénie
- hypersensibilité



# HAV

## TOXINE BOTULIQUE

- Neurotoxine de clostridium botulinum de type A
- 100 unités / 20 sites
- AL ou AG
- Efficacité : 6 à 9 mois



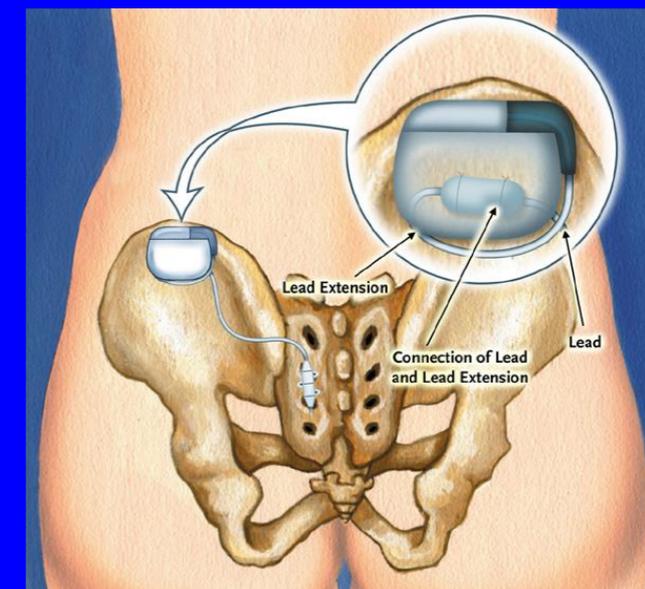
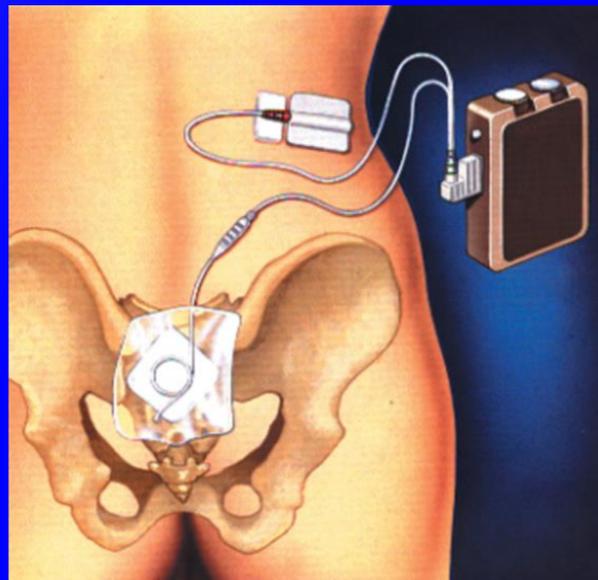
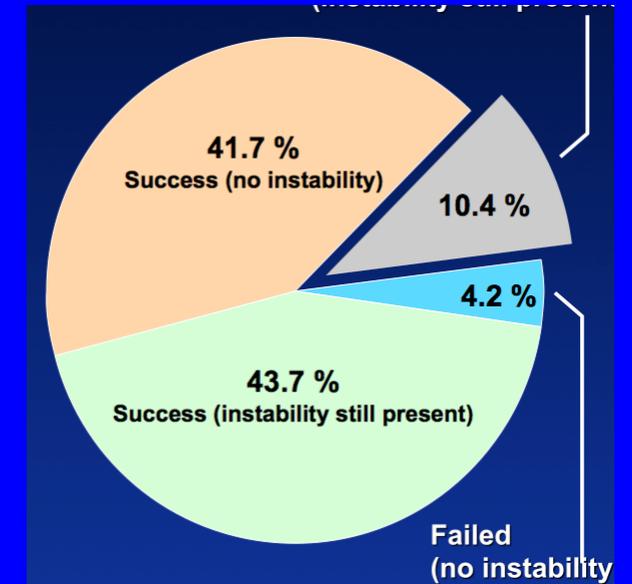
# HAV

## NEUROSTIMULATION SACRÉE

- Phase de test : 3 à 7 jours sous AL ou AG
- Implantation définitive sous AG

si

- Amélioration de 50% des symptômes
- Calendrier mictionnel



# Options Chirurgicales

- **Chirurgie du Prolapsus**
- **Dénervation vésicale**
- **Myomectomie Detrusor (Auto augmentation)**
- **Entérocytoplastie**



# CONCLUSIONS

- Identification précise du type d'incontinence avec bilan clinique, anamnestique et iconographique complet
- IUE, le traitement par kinésithérapie est le premier traitement de l'IUE.
- Urgenturie: les anticholinergiques ne sont pas le seul traitement (Botox, neuromodulation, kiné...)
- Importance de l'hygiène de vie (calendrier mictionnel)

# Merci pour votre attention

