

CHPG

Incontinence urinaire, quels traitements ?

Parmi les sujets souvent tabous en matière de santé publique qui affectent pourtant beaucoup de femmes figurent l'incontinence urinaire et le prolapsus génito-urinaire mais aussi d'autres troubles de la statique pelvienne parmi lesquels les conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement.

L'incontinence urinaire féminine qui se définit comme une perte involontaire d'urine affecte près de 30% des femmes après 18 ans en France. Son impact sur la qualité de vie des femmes est majeur. Son diagnostic est cependant simple et des solutions efficaces existent, explique le chef du service d'urologie du CHPG, le docteur Hervé Quintens. On distingue trois types d'incontinence urinaire : l'incontinence urinaire d'effort (IUE) survient à l'occasion d'un effort (toux, port d'une charge, ou toute autre activité physique). Dans la majorité des cas, ces fuites sont minimes et affectent peu la qualité de vie mais pas toujours ; l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale est, elle, caractérisée par un besoin urgent et irrésistible d'uriner aboutissant à une miction qui ne peut être contrôlée. Elle touche 20% des femmes mais cette proportion augmente avec l'âge. Quant à l'incontinence urinaire mixte, comme son nom l'indique, elle est l'association d'une incontinence urinaire d'effort et d'une hyperactivité vésicale.

Que faire ?

Le diagnostic d'incontinence urinaire est simple : un interrogatoire et un examen clinique souvent complétés par un bilan urodynamique et un calendrier mictionnel, poursuit Hervé Quintens. Dans tous les cas, il convient de rechercher et de traiter les facteurs favorisants ou aggravants de fuites urinaires : infections urinaires, maladies neurologiques, diabète, circonstances d'hyperpression abdominale (toux chronique, obésité, constipation chronique). La rééducation périnéale est préconisée dans un premier temps. Elle permet d'améliorer la contraction volontaire des muscles périnéaux. Parfois, le programme thérapeutique comprend la suppression des facteurs déclenchants ou aggravants des fuites et le respect de certaines règles hygiéno-diététiques (réduction pondérale, réduction des apports hydriques). L'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale nécessite une prise en charge médicamenteuse (anticholinergiques, toxine botulique) et par rééducation périnéale, explique le docteur Quintens. Une

rééducation mictionnelle est également recommandée.

Le traitement chirurgical est, lui, parfois adapté pour les fuites urinaires d'effort (IUE) et éventuellement mixtes. La chirurgie est proposée en cas de fuites persistantes et gênantes après les traitements médico-rééducatifs s'ils s'avèrent insuffisants. De nouvelles techniques ambulatoires et mini-invasives ont été mises au point avec une courte convalescence. Ainsi, les bandelettes sous-urétrales par voie rétro-pubienne TVT (Tension-free Vaginal Tape) ou par voie transobturatrice (TVT-O ou TOT) offrent d'excellents résultats fonctionnels (plus de 85% de guérison à 5 ans). Le choix de la technique dépend des résultats du bilan urodynamique et du profil des patientes.

La descente d'organes

Autre pathologie : la descente d'organes, encore appelée prolapsus génito-urinaire. Si elle est souvent vécue comme une fatalité par les femmes, ce n'est pas le cas car des solutions sont proposées. On peut noter que

les consultations liées à ce trouble ont augmenté de 45 % en une décennie. Normalement, l'utérus, la vessie et le rectum sont logés dans le petit bassin et sont soutenus par les ligaments et des muscles constituant le plancher périnéal mais s'il y a un prolapsus, celui-ci peut contenir la vessie (cystocèle), l'utérus (hystéroptose) ou le rectum (rectocèle). Les causes d'un prolapsus peuvent être diverses : accouchement vaginal, multiparité, ménopause et indice de masse corporelle (IMC) élevé sont des facteurs de risque confirmés. Mais d'autres facteurs de risque sont évoqués : accouchement difficile (forceps, poids de naissance > 4 000g), constipation chronique, troubles respiratoires chroniques, exercices physiques intensifs, etc. Cette pathologie touche plus de 20% de la population féminine et 4% des femmes âgées de 50 à 79 ans.

Les stratégies thérapeutiques varient de la simple observation à la mise en place d'un dispositif de contention vaginale ou pessaire, ou encore à la chirurgie réparatrice. La rééducation périnéale est proposée en cas de troubles urinaires associés. Les techniques chirurgicales peuvent être pratiquées selon un abord abdominal (promontofixation par voie coelioscopique ou robotique) ou vaginal (avec ou sans renfort prothétique). La technique la plus appropriée est proposée en fonction des antécédents, des résultats de l'exploration urodynamique et des données cliniques et, évidemment, de l'imagerie.

Des groupes pluridisciplinaires

Sur le plan médical, les femmes qui rencontrent ces problèmes se tournent bien logiquement vers leur gynécologue ou leur urologue mais le traitement de ces pathologies se fait souvent dans le cadre d'un groupe pluridisciplinaire réunissant ces deux spécialités mais aussi un gastro-entérologue ou un chirurgien digestif pour la proctologie, un radiologue, un anesthésiste le cas échéant, insiste le docteur Quintens. La présence d'un rééducateur souvent appelé à intervenir est nécessaire. ● N.M.

Urinary incontinence: what forms of treatment are available?

Among the public health topics that are frequently considered to be taboo but which affect many women are urinary incontinence and genitourinary prolapse, as well as other pelvic problems, including the pelvic-perineal consequences of childbirth.

Female urinary incontinence, which is defined as an involuntary loss of urine, affects almost 30% of women over the age of 18 in France. It has a major impact on women's quality of life. It is simple to diagnose, however, and there are effective solutions, explains Dr Hervé Quintens, the Head of the Urology Department at the CHPG. Three types of urinary incontinence can be distinguished: stress urinary incontinence (SUI) occurs as a result of an effort (a cough, carrying something or any other type of physical activity). In most cases, these losses are minimal and have little effect on the quality of life, although this is not always the case urinary incontinence due to a hyperactive bladder is characterized by an urgent and irrefragable need to urinate, which leads to urination that cannot be controlled. It affects 20% of women, but this percentage increases with age. Mixed urinary incontinence, as its name suggests, is a combination of stress urinary incontinence and a hyperactive bladder.

What can be done?

Urinary incontinence is simple to diagnose. It consists of an interview and a clinical examination, which are often supplemented by a urodynamical test and a urinary schedule, continues Hervé Quintens. In all cases, factors that encourage or aggravate the occurrence of loss of urine should be sought and treated: these include urinary infections, neurological disease, diabetes, intra-abdominal hypertension (a chronic cough, obesity or chronic constipation). Perineal rehabilitation, which leads to improvements in the voluntary contraction of the pe-

rineal muscles, is prescribed as a first step.

A treatment programme sometimes includes suppression of the factors that trigger or aggravate losses and compliance with certain hygiene and dietary rules (weight reduction and reduced water consumption, for example). Urinary incontinence due to a hyperactive bladder requires treatment with drugs (including anticholinergics and botulinum toxin) and perineal rehabilitation, explains Dr Quintens. Urinary rehabilitation is also recommended.

Surgery is sometimes appropriate for stress urinary incontinence (SUI), and possibly for mixed incontinence. Surgery is suggested in the case of persistent, bothersome losses after medical rehabilitation treatment, if this turns out to be insufficient. New outpatient and minimally invasive techniques have been developed, with a short period of convalescence. Tension-free vaginal tape and tension-free obturator tape (TVT-O or TOT) offer excellent functional results (they have a five-year cure rate of over 85%). The choice of technique depends on the results of the urodynamical test and the patient profile.

Pelvic organ descent

Another condition is pelvic organ descent, also known as genitourinary prolapse. Although it is often viewed by women as their destiny, this is not the case, and solutions are available. We should note that consultations associated with this issue have increased by 45% in a decade. The uterus, the bladder and the rectum are normally located in the lower pelvis, and are supported by the ligaments and muscles

that make up the perineal floor. If a prolapse occurs, however, it can include the bladder (cystocele), the uterus (hysteroptosis) or the rectum (rectocele). There can be various reasons behind a prolapse: vaginal childbirth, multiparity and high body mass index (BMI) are all confirmed risk factors. There are other risk factors, however: difficult childbirth (forceps or birth weight above 4,000 grammes), chronic constipation, chronic respiratory problems, intensive physical exercise, etc. This condition affects over 20% of the female population and 4% of women of between 50 and 79 years of age.

Treatment strategies vary from simple observation to the insertion of a vaginal retention device or pessary, and corrective surgery. Perineal rehabilitation is suggested in the event of associated urinary issues. Surgical techniques can involve abdominal access (promontofixation using coelioscopy or robotics) or vaginal access (with or without a prosthetic support). The most appropriate technique is suggested based on patient history, the results of the urodynamical examination, clinical data and, naturally, imagery.

Multidisciplinary groups

From a medical standpoint, women who encounter these problems will logically go to their gynaecologist or urologist, but treatment of these conditions is often carried out in the context of a multidisciplinary group that combines these two specialisms as well as a gastroenterologist or digestive surgeon for the proctology, a radiologist and an anaesthetist, where required, says Dr Quintens. Physical therapists, who are often called on to intervene, are also a necessity. ●

TRASOMAR MONACO
TRAVAUX MARITIMES ET SOUS-MARINS

Réglage des assises des caissons

Port de la Condamine - 18, Quai Antoine 1^{er}
 MC 98000 MONACO
 Tel. +377 93 30 25 62 - Fax +377 92 16 08 52
 samtrasomar@monaco.mc - www.jbpastoretfiles.mc

WWW.TRASOMAR.MC

COGE BAT

TERRASSEMENTS - DEMOLITIONS LOCATIONS D'ENGINS T.P.

Le Prestige - 25, chemin des Révoires - BP10
 MC 98001 MONACO Cedex
 Tel. +377 97 98 49 58 - Fax +377 97 98 49 60
 m.cogebat@monaco.mc - www.jbpastoretfiles.mc