Médecine

Version PDF

Incontinence urinaire féminine : la recommandation de l'Anaes(2003) en 4 points-clés

Médecine. Volume 1, Numéro 1, 38-40, Octobre 2005, Référentiels

Résumé

Auteur(s) : La rédaction, .

Résumé : L'incontinence urinaire féminine ne se résume pas à un problème de définition ou de prise en charge : c'est encore pour beaucoup un sujet tabou ou un phénomène de vie naturel lié au vieillissement. Parce qu'il existe des thérapeutiques efficaces, il est justifié de la rechercher activement en médecine générale (cette recommandation exclut les incontinences dues à des vessies neurologiques et l'énurésie).

Mots-clés : interrogatoire, examen clinique, bilan urodynamique, rééducation, décision médicale.

Illustrations

ARTICLE

Point-clé 1: écouter (entendre ?)

Le diagnostic de l'incontinence urinaire et de son type est un diagnostic d'interrogatoire. Il est proposé d'uti-liser une question simple : *" Vous arrive-t-il d'avoir des pertes ou des fuites d'urine, et si oui dans quelles circonstances ? "*, sans utiliser le terme d'inconti-nence urinaire qui peut avoir une connotation péjora-tive pour la patiente.

Point-clé 2 : examiner

L'examen *urogynécologique* (chez une patiente allon-gée, vessie " semi-pleine ") :

- pour éliminer une fistule vésico-vaginale, rechercher un prolapsus génital et un globe vésical ;

- pour évaluer lors du toucher vaginal la qualité du plancher pelvien et la force de contraction des mus-cles périnéaux ;

- pour rechercher une fuite d'urine provoquée par des efforts répétés de toux ou de poussée (son absence n'élimine pas le diagnostic d'incontinence d'effort, et en cas de prolapsus, cette recherche doit être effec-tuée avant et après réduction du prolapsus) ;

- pour tester la sensibilité périnéale en cas de suspi-cion d'atteinte neurologique.

L'examen *clinique général :*

- pour rechercher une pathologie associée aggravante ou déclenchante.Sont recommandés comme examens complémentaires utiles en première intention :

- la recherche d'une infection urinaire (bandelette ou ECBU)

• chez toute femme présentant une incontinence par impériosité ou mixte ;

• chez toute femme âgée ou qui porte régulière-ment des protections à cause de son incontinence urinaire, et avant tout bilan urodynamique ou cystoscopie.

- la recherche d'un résidu post-mictionnel par écho-graphie vésicale sus-pubienne (mais la mesure quantitative n'est pas fiable) :

• en cas d'incontinence d'effort ou mixte, unique-ment si un traitement chirurgical est envisagé ;

• en cas d'incontinence par impériosité ou mixte, uniquement si un traitement médicamenteux par anticholinergique est envisagé (dans ce cas la re-cherche d'un résidu post-mictionnel n'est proposée que si une rétention urinaire est suspectée et/ou s'il s'agit d'une patiente âgée).

Ne sont pas recommandés en première intention :

- le bilan urodynamique sauf cas particuliers (tableau 3), éventuellement après avis spécialisé. Il n'a pas à être fait avant une rééducation périnéo-sphinc-térienne dans l'incontinence d'effort ;

- la cystoscopie sauf suspicion de pathologie tumo-rale (infections urinaires à répétition, hématurie...) ;

- l'échographie du haut appareil urinaire et l'urogra-phie intraveineuse, les données de ces examens ne modifiant pas la décision thérapeutique.

Point-clé 3 : traiter

1. Incontinence d'effort : la rééducation périnéo-sphinctérienne, seule (grade B)2 ou associéeau *biofeedback* ou à l'électrostimulation (grade C), est recommandée en première intention :

- chez une patiente motivée, sans troubles cognitifs et valide, sauf incontinence urinaire d'effort très invalidante qui peut bénéficier d'embléed'un traitement chirurgical après avis spécialisé ;

- effectuée par un kinésithérapeute ou une sage-femme. En l'absence de disparition ou d'amélioration des symptômes après10 à 20 séances, il est recommandé de prendre un avis spécialisé afin d'envisager les possibilitésd'un éventuel traitement chirurgical.

> Un traitement pharmacologique par anticholinergique n'est pas recommandé dans l'incontinence urinaire d'effort sans symptômes d'impériosité associés.

2. Incontinence urinaire par impériosité :

- Des traitements comportementaux et rééducationnels peuvent être proposés en première intention chez une patiente motivée, sans troubles cognitifs et valide (grade C) : adaptation des apports liquidiens, reprogrammation mictionnelle, tenue d'un calendrier mictionnel, rééducation périnéosphinctérienne et électrostimulation fonctionnelle (avec des fréquences de courant visant à inhiber le détrusor). Ces différentes modalités peuvent être associées afin de réaliser une rééducation visant à inhiber les contractions vésicales.

- Un traitement par anticholinergique (tableau 4) peut également être proposé en première intention, ou associé,ou après échec d'un traitement comportemental et/ou d'une rééducation (grade B).

• S'assurer au préalable qu'il n'existe pas d'infection ou de rétention urinaire, de contre-indications à l'utilisation des anticholinergiques, ou d'un traitement par anticholinestérasiques déjà en cours.

• Ne pas interrompre le traitement trop tôt: 5 à 8 semaines sont nécessaires pour atteindre l'efficacité maximale (grade B). Ne changer d'anticholinergique qu'en cas de mauvaise tolérance. En cas d'échec après ce délai, deux possibilités sont à envisager :

•• un bilan urodynamique a été réalisé : il est proposé d'essayer un autre anticholinergique. En cas de nouvel échec, un avis spécialisé est recommandé ;

•• il n'y a pas eu de bilan urodynamique : le réaliser et prendre un avis spécialisé pour décider de la suite du traitement.

• Dans le cas particulier de la personne âgée fragilisée3,il est proposé avant tout traitement d'évaluer les fonctions cognitives, de s'assurer par une échographie vésicale par voie sus-pubienne qu'il n'y a pas de résidu post-mictionnel. Il est recommandé de diminuer la posologie initiale de moitié par rapport aux posologies indiquées (pour l'oxybutynine d'espacer les prises : 2 au lieu de 3, une le matin, une le soir) et de surveiller particulièrement l'apparition d'un globe vésical.

> Il n'existe pas de données dans la littérature pour proposer une durée maximale de traitement tant que sa tolérance est acceptable.

3. Incontinence urinaire mixte : les traitements cités sont proposés en première intention, associés ou non, en fonction des symptômes les plus gênants. En l'absence de disparition ou de soulagement de l'incontinence urinaire après10 à 20 séances de rééducation et/ou d'un traitement anticholinergique pendant 5 à 8 semaines, il est recommandé de réaliser un bilan urodynamique et de prendre un avis spécialisé.

4. Incontinence par regorgement : un avis urologique est recommandé d'emblée pour établir la stratégie des examens nécessaires et décider du type de traitement.

Point-clé 4 : informer

La décision thérapeutique doit être partagée, ce qui nécessite d'informer et de dialoguer sur tous les points précédemment envisagés, afin de prendre en compte les souhaits de la patiente. Il est nécessaire de préciser :

- les modalités de la rééducation périnéo-sphinctérienne envisagée : toucher vaginal avec testing musculaire, utilisation

éventuelle d'une sonde intra-vaginale pour l'électro stimulation oule *biofeedback* (à prescrire), nombre de séances initiales(10 à20), nécessité éventuelle de prolongation après évaluation au terme des séances initiales, importance d'un travail personnel d'auto rééducation entre chaque séance de rééducation ;

- les techniques chirurgicales possibles en fonction du mécanisme de l'incontinence urinaire (défaut de soutien du col vésical ou de l'urètre, ou insuffisance sphinctérienne) : la chirurgie ne se limitent pas aux interventions de type TVT) ;

- les modifications comportementales attendues (reprogrammation du comportement mictionnel, tenue d'un catalogue mictionnel) ;

- les avantages et inconvénients des différents anticholinergiques (effets secondaires possibles), du délai d'apparition de l'efficacité maximale, nécessité de consulter en l'absence d'efficacité, surtout s'il s'agit d'un traitement anticholinergique " d'épreuve " prescrit sans bilan urodynamique préalable, ou en cas d'infection urinaire ou de difficultés à uriner ;

- la possibilité d'autres thérapeutiques en cas d'échec des traitements précédents, par exemple une neuromodulation des racines sacrées après avis urologique ;

- la nécessité d'un avis urologique pour connaître le mécanisme à l'origine de l'incontinence et décider du type de traitement, notamment en cas d'incontinence par regorgement.

L'incontinence urinaire féminine, en pratique

- L'incontinence urinaire, définie par l'existence de fuites involontaires d'urines, a une prévalence élevée en population féminine.

- Elle se manifeste le plus souvent à l'effort, par impériosité ou sous forme mixte, plus rarement par regorgement (en cas d'obstruction sous-cervicale) ou en relation des causes externes à l'appareil urinaire (troubles cognitifs, psychiques, métaboliques, causes iatrogènes, erreurs hygiéno-diététiques et/ou à une réduction de la mobilité).

- Malgré son impact négatif très fort sur la qualité de vie, peu de plaintes sont actuellement encore exprimées sur ce sujet qui reste " tabou ".

- L'existence de thérapeutiques efficaces, la possibilité de traitement spécifique d'éventuelles pathologies sous-jacentes, justifient sa recherche active au cours de la consultation de médecine générale.

Notes :

1. Le texte des recommandations et l'argumentaire peuvent être télé-chargés gratuitement sur le site de l'Anaes à l'adresse www.anaes.fr.

2. Les " grades " dépendent du niveau des preuves sur lesquelles s'appuient les recommandations. Le grade B est fondé sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ; le grade C sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas. Lorsqu'aucune gradation n'est proposée, il s'agit d'un accord professionnel exprimé par le groupe de travail et le groupe de lecture.

3. En absence de définition standard, la fragilité peut être définie comme un état médico-social instable rencontréà un moment donné de la vie d'une personne âgée. Les principales caractéristiques d'une personne âgée fragilisée sont : l'âge supérieur à 85 ans, la polymédication, l'altération des fonctions cognitives, la dépression, la dénutrition, les troubles neurosensoriels, l'instabilité posturale, la sédentarité, la perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne et l'isolement socio-familial.

Copyright © 2003 John Libbey Eurotext - Tous droits réservés