

REVUES GÉNÉRALES

Incontinence urinaire

Incontinence urinaire chez la femme jeune

RÉSUMÉ : La prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme jeune est loin d'être standardisée. En effet, peu d'études s'adressent aux particularités de cette population, dont les caractéristiques nécessitent pourtant une prise en charge adaptée. D'une part, le risque de récurrence et de complications à long terme pourrait être augmenté chez ces patientes plus actives et dont l'espérance de vie est plus importante. D'autre part, le retentissement des potentiels grossesses et accouchements à venir doit être pris en compte pour la prise en charge.

Les bandelettes sous-urétrales représentent le traitement chirurgical de première intention pour l'incontinence urinaire d'effort. Les résultats fonctionnels de cette technique semblent peu altérés par les grossesses et le temps, mais le taux de complications pourrait être augmenté à long terme.

La césarienne ne prévient ni la survenue de l'incontinence urinaire *de novo* à long terme, ni la récurrence d'incontinence chez la patiente déjà traitée. De nouvelles investigations basées sur des registres nationaux, des études de cohortes à long terme et des études randomisées devraient mieux guider la prise en charge de l'incontinence urinaire des patientes jeunes.



→ I. CHOUGRANI

Service de Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital Robert-Debré, PARIS.

Le terme "incontinence urinaire" désigne la plainte de fuites involontaires d'urine. Les principaux types sont l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence urinaire par impériosité (ou urgenturie) et l'incontinence urinaire mixte, associant les deux. La prévalence de l'incontinence urinaire féminine est très variable dans la littérature, avec des chiffres allant de 10 à 58 % selon les études [1]. Ces différences s'expliquent par l'hétérogénéité des populations étudiées et des critères de définition utilisés. Il est cependant établi que la prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge, avec une prédominance de l'incontinence urinaire mixte chez les patientes âgées (du fait de l'augmentation des urgenturies). À l'inverse, l'incontinence urinaire d'effort reste le type prédominant chez les patientes jeunes, plus actives.

La physiopathologie de l'incontinence urinaire est multifactorielle. Il existe des facteurs constitutionnels représentés essentiellement par les troubles du tissu conjonctif et les anomalies de la statique lombo-pelvienne. Les facteurs acquis sont ceux en rapport avec le vieillissement (atrophie, altérations du tissu conjonctif) et les traumatismes chroniques (toux, constipation, obésité, port de charges lourdes...) ou aigus (obstétricaux ou chirurgicaux).

L'hypothèse qu'une prévention de l'incontinence urinaire d'effort serait possible en modifiant les pratiques obstétricales est évoquée depuis plusieurs années, mais il existe peu de données pour la soutenir. Dans l'état actuel des connaissances, les modalités de l'accouchement par les voies naturelles (durée de la seconde phase, extraction instrumentale, anesthésie péridurale

REVUES GÉNÉRALES

Incontinence urinaire

ou pudendale) ne semblent pas avoir d'impact sur l'apparition ou la persistance d'une incontinence urinaire dans le *post-partum* ou à long terme. De même, la voie d'accouchement influe sur la survenue d'une incontinence urinaire postnatale, mais les données sont insuffisantes pour conclure sur le long terme. La césarienne programmée et l'épisiotomie systématique ne sont pas des moyens de prévention de l'incontinence urinaire postnatale, y compris chez les patientes à risque [2].

Il existe de nombreuses études évaluant les différentes techniques de prise en charge de l'incontinence urinaire féminine, mais l'essentiel de la littérature porte sur une population de femmes d'âge moyen. En effet, peu d'études s'adressent aux particularités de la prise en charge des femmes très jeunes et très âgées. Les caractéristiques de ces populations nécessitent cependant une prise en charge adaptée.

En l'absence de consensus sur la définition de la femme jeune, nous considérerons que ce terme fait référence aux patientes en âge de procréer. En effet, cette population présente plusieurs problématiques qui méritent une attention particulière. D'une part, le risque de récurrence et de complications à long terme pourrait être augmenté dans cette population plus active et dont l'espérance de vie est plus importante. D'autre part, le retentissement des potentiels grossesses et accouchements à venir doit être pris en compte pour la prise en charge de ces patientes [3].

Évaluation de l'incontinence urinaire

L'évaluation de l'incontinence urinaire est avant tout clinique. L'interrogatoire doit s'aider du catalogue mictionnel et de questionnaires de symptômes urinaires et de qualité de vie afin de préciser la sévérité et le retentissement de

l'incontinence urinaire. L'examen clinique confirme l'incontinence urinaire d'effort (test à la toux vessie pleine), évalue la trophicité vulvaire et la mobilité urétrale (observation, manœuvre de soutènement, mesure du point Aa du POP-Q, Q-tip test) et recherche un potentiel prolapsus génital associé.

Une évaluation clinique complète de l'incontinence urinaire d'effort est bien corrélée aux résultats du bilan urodynamique. En effet, la réalisation de ce dernier n'est pas associée à de meilleurs résultats dans le traitement conservateur. Un bilan urodynamique doit cependant être prescrit avant d'envisager un traitement chirurgical chez la femme jeune. Il comportera au minimum une débitmétrie libre avec mesure du résidu post-mictionnel, une cystomanométrie suivie de la mesure de la contraction vésicale mictionnelle et un profil urétral. L'existence d'une insuffisance sphinctérienne sur le bilan urodynamique n'a pas de valeur pronostique en cas de pose de bandelette sous-urétrale, alors que la présence d'une hyperactivité ou d'un faible débit urinaire augmente le risque de dysurie postopératoire [4].

Indépendamment de son type, la prévalence de l'incontinence urinaire augmente au cours de la grossesse (entre le 1^{er} et le 3^e trimestre). En cas d'incontinence urinaire de la grossesse et/ou du *post-partum* immédiat, la réalisation d'examens spécialisés n'est pas recommandée. En effet, l'incontinence urinaire régresse le plus souvent spontanément dans les 3 mois après l'accouchement.

Prise en charge thérapeutique de l'incontinence urinaire

1. Règles hygiéno-diététiques

En cas de surpoids, une prise en charge associant mesures diététiques et exer-

cice physique permet une perte de poids et améliore l'incontinence urinaire. Le surpoids n'influe cependant pas sur les résultats de traitements chirurgicaux. En cas d'obésité sévère, la chirurgie bariatrique corrige aussi bien (voire mieux) l'incontinence urinaire que la mise en place d'une bandelette sous-urétrale [5].

2. Prise en charge rééducative

La rééducation périnéale sera prescrite en première intention en cas d'incontinence urinaire d'effort et en association à des anticholinergiques en cas d'urgenterie. Une prescription de 15 séances doit suffire pour évaluer les possibilités d'amélioration, mais les thérapeutes sont plus aptes à déterminer le nombre de séances nécessaire. Il est recommandé de débuter la rééducation par des exercices musculaires du plancher pelvien en cas d'incontinence urinaire d'effort ou mixte. En effet, l'électrostimulation vaginale semble avoir un effet limité dans ce type d'incontinence.

La rééducation comportementale est recommandée en première intention en cas d'urgenterie.

La rééducation périnéale post-natale diminue la prévalence de l'incontinence urinaire à court et moyen terme (jusqu'à 1 an), mais son efficacité à long terme n'a, en revanche, pas été démontrée.

En l'absence d'efficacité démontrée à ce jour, les sondes d'électrostimulation auto-administrées ne sont pas recommandées. Elles pourraient cependant trouver leur place en traitement d'entretien, après une rééducation périnéale classique [6].

3. Traitements médicamenteux

Les traitements par estrogènes ont peu de place dans le traitement de l'incontinence urinaire de la femme jeune,

qui est rarement associée une atrophie vaginale. Les traitements anticholinergiques, associés à la rééducation périnéale, doivent être proposés en première intention en cas d'urgenterie.

4. Traitements chirurgicaux

Il est généralement admis que le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire de la femme jeune doit être différé après la dernière grossesse, mais il existe peu d'études évaluant l'impact de la grossesse et de l'accouchement sur les résultats de la chirurgie de l'incontinence.

La chirurgie de l'incontinence chez la femme jeune se doit d'être durable, avec une bonne efficacité et peu d'effets secondaires à long terme. Cependant, la plupart des études évaluant les différents traitements chirurgicaux disponibles ne portent que sur les effets à moyen terme.

Les techniques de colposuspension à ciel ouvert représentent un traitement efficace de l'incontinence urinaire d'effort avec des taux de succès estimés à 69 % à 20 ans [7]. L'équivalence des résultats fonctionnels des bandelettes sous-urétrales et des colposuspensions, et la morbidité supérieure des colposuspensions (voie d'abord, déséquilibre de la statique pelvienne, hyperactivité vésicale, rétention d'urine), font que les indications de la chirurgie traditionnelle correspondent aux contre-indications des bandelettes sous-urétrales. Celles-ci étant dominées par les anomalies de trophicité vaginale et les antécédents de chirurgie urétrale, les techniques de colposuspension à ciel ouvert ont de ce fait peu de place dans la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme jeune.

La colposuspension par voie coelioscopique peut néanmoins se justifier si d'autres gestes laparoscopiques sont associés. Une étude rétrospec-

POINTS FORTS

- ➔ Le type d'incontinence urinaire prédominant chez la femme jeune est l'incontinence urinaire d'effort. En cas d'urgenterie chez une patiente jeune, il est important d'éliminer une cause irritative, voire une pathologie neurologique sous-jacente.
- ➔ Le bilan urodynamique n'est pas indispensable dans la prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire d'effort pure, mais il doit être réalisé avant d'envisager un traitement chirurgical chez la femme jeune.
- ➔ Il est raisonnable de conseiller aux patientes jeunes de différer le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire après leur dernière grossesse.
- ➔ Les bandelettes sous-urétrales représentent actuellement le traitement chirurgical de première intention de l'incontinence urinaire d'effort de la femme jeune, avec des résultats fonctionnels durables mais un taux de complications qui pourrait être élevé à long terme.
- ➔ Dans l'état actuel des connaissances, il n'est pas raisonnable de proposer d'emblée une césarienne aux patientes enceintes ayant bénéficié d'un traitement d'incontinence urinaire par bandelette sous-urétrale.

tive de faible effectif a évalué l'effet de la grossesse après colposuspension. L'incontinence urinaire avait récidivé chez 3 patientes sur 4 au 3^e trimestre. Ces 3 patientes avaient accouché par césarienne et la symptomatologie avait régressé à 12 mois au plus tard [8].

Les bandelettes sous-urétrales (par voie rétropubienne ou transobturatrice) représentent la technique recommandée de première intention dans le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort avec hypermobilité urétrale. L'existence d'une insuffisance sphinctérienne associée n'est pas une contre-indication à la chirurgie par bandelette sous-urétrale, mais la voie rétropubienne est alors supérieure à la voie transobturatrice. Dans l'incontinence urinaire mixte avec une composante d'effort prédominante, et sans contraction non inhibée du détrusor, les résultats sont proches de ceux de l'incontinence urinaire d'effort pure à court terme. Au-delà de 5 ans, on constate une dégradation des résultats fonctionnels, essentiellement par la

réapparition des impériosités mictionnelles. Ainsi, l'utilisation des bandelettes sous-urétrales doit être prudente en cas d'incontinence urinaire mixte de la femme jeune.

Une étude récente évaluant l'efficacité à long terme des bandelettes sous-urétrales par voie rétropubienne retrouvait un taux d'efficacité objective de 90 % à 17 ans. Les récurrences d'incontinence chez les patientes ne s'estimant pas améliorées à 17 ans consistaient essentiellement en des urgenteries [9]. L'impact d'une mise en place de bandelette sous-urétrale sur la fonction sexuelle a été étudié avec des résultats rassurants rapportant même une amélioration lorsqu'il existait une incontinence urinaire coitale avant le traitement [10]. Il reste cependant important de rappeler que le taux de complications des bandelettes sous-urétrales est actuellement estimé à 4 % [11] et que ce type de traitement chez la femme jeune pourrait poser la question d'une morbidité élevée à long terme (urgenterie avec ou sans fuites, érosion et exposition de bandelette).

REVUES GÉNÉRALES

Incontinence urinaire

Les résultats d'une série rétrospective de faible effectif publiée en 2007 suggéraient que la majorité des patientes ayant été traitées efficacement par bandelette sous-urétrale restaient continentes à court terme après un accouchement [12]. Une récurrence d'incontinence urinaire survenait dans 20 % des cas après un accouchement par les voies naturelles, contre 12,5 % en cas de césarienne [3]. Une étude plus récente ne retrouvait pas de différence en termes d'incontinence urinaire du *post-partum* en fonction de la voie d'accouchement [13]. Dans l'état actuel des connaissances, et même si le premier accouchement est déterminant dans le traumatisme périnéal, il ne semble pas raisonnable de proposer une césarienne d'emblée aux patientes ayant bénéficié d'un traitement d'incontinence urinaire par bandelette sous-urétrale. Cela reste vrai indépendamment de la parité de la patiente. En cas de récurrence d'incontinence, il est important d'attendre 6 à 12 mois une récupération spontanée de la continence avant d'envisager une nouvelle intervention. Les résultats d'une pose itérative de bandelette sont proches de ceux de la première [4].

Actuellement, il n'y a aucune donnée dans la littérature qui permette de recommander les injections péri-urétrales en traitement de première intention de l'incontinence urinaire. En effet, l'efficacité de ce type de traitement a été estimée à 75 % et 73 % à court et moyen terme, respectivement, mais avec des taux baissant jusqu'à 36 % à long terme [14]. Une majorité de ces patientes pourrait donc bénéficier de traitements itératifs, dont le résultat pourrait être altéré par les injections péri-urétrales antérieures. Ce traitement représente une bonne alternative pour les patientes fragiles, déjà opérées ou ne souhaitant pas de chirurgie, et n'apparaît donc pas adapté pour les femmes jeunes.

Les techniques de ballons péri-urétraux et de sphincters artificiels ont peu de

place dans la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme jeune, chez qui l'insuffisance sphinctérienne est rarement prépondérante.

Les techniques de neuro-modulation sacrée et les injections de toxine botulique en cas d'hyperactivité vésicale idiopathique réfractaire répondent à un cadre réglementaire précis et doivent être pratiquées dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée.

Enfin, la thérapie cellulaire de l'incontinence urinaire ne se conçoit actuellement que dans le cadre d'essais cliniques mais pourrait représenter une voie d'avenir pour les patientes jeunes.

Conclusion

La prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme jeune est loin d'être standardisée. L'essentiel de la littérature porte sur les femmes d'âge moyen et les études évaluant l'efficacité et les complications des traitements disponibles à long terme sont très peu nombreuses. Il est important de bien évaluer la symptomatologie initiale et d'apprécier la sévérité des symptômes et leur retentissement sur la qualité de vie afin d'envisager les différentes options thérapeutiques disponibles. Le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire sera différé au mieux après la dernière grossesse de la patiente. De nouvelles investigations basées sur des registres nationaux, des études de cohortes à long terme, et des études randomisées sont nécessaires afin de mieux guider la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme jeune.

Bibliographie

1. BALLANGER P. Épidémiologie de l'incontinence urinaire chez la femme. *Prog Urol*, 2005;15 (Suppl. 1):1322-1333.

2. JACQUETIN B, FAUCONNIER A, FRITEL X *et al.* Recommandations pour la pratique clinique – Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. *CNGOF*, 2009;621-632.
3. ROBINSON D, CASTRO-DIAZ D, GIARENIS I *et al.* What is the best surgical intervention for stress urinary incontinence in the very young and very old? An International Consultation on Incontinence Research Society update. *Int Urogynecol J*, 2015;26:1599-1604.
4. HERMIEU J-F, CONQUY S, LERICHE B *et al.* Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. *Prog Urol*, 2010;20 Suppl. 2:S94-S99.
5. BART S, CIANGURA C, THIBAUT F *et al.* Stress urinary incontinence and obesity. *Prog Urol*, 2008;18:493-498.
6. LEGENDRE G, GONZALVES A, LEVAILLANT JM *et al.* Impact of at-home self-rehabilitation of the perineum on pelvic floor function in patients with stress urinary incontinence: Results from a prospective study using three-dimensional ultrasound. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2016;45:139-146.
7. ALCALAY M, MONGA A, STANTON SL. Burch colposuspension: a 10-20 year follow up. *Br J Obstet Gynaecol*, 1995;102:740-745.
8. CASPER FW, LINN JF, BLACK P. Obstetrical management following incontinence surgery. *J Obstet Gynaecol Res*, 1999;25:51-53.
9. NILSSON CG, PALVA K, AARNIO R *et al.* Seventeen years' follow up of the tension free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*, 2013;24:1265-1269.
10. PACE G, VICENTINI C. Female sexual function evaluation of the tension-free vaginal tape (TVT) and transobturator suburethral tape (TOT) incontinence surgery: results of a prospective study. *J Sex Med*, 2008;5:387-393.
11. JONES R, ABRAMS P, HILTON P *et al.* Risk of tapered complications after TVT is at least 4%. *Neurourol Urodyn*, 2010;29:40-41.
12. VELLA M, ROBINSON D, BROWN R *et al.* Pregnancy and delivery following tension free vaginal tape. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2007;18:347-348.
13. CAVKAYTAR S, KOKANALI MK, OZER I *et al.* Effect of pregnancy and delivery on urinary incontinence after the midurethral sling procedure. *Int Urogynecol J*, 2015;26:693-698.
14. GHONIEM GM, MILLER CJ. A systematic review and meta-analysis of Macroplastique for treating female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*, 2013;24:27-36.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.