





Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique : arbre décisionnel

Decisional tree for treating non-neurological urinary incontinence in women

Ph. Ballanger

Service d'Urologie, Hôpital Pellegrin, place Amélie Raba Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

MOTS CLÉS

Incontinence urinaire ;
Traitement ;
Arbre décisionnel

Résumé

La physiopathologie de l'incontinence urinaire de la femme est complexe. Sa compréhension est essentielle pour orienter les choix thérapeutiques à proposer aux patientes. En cas d'incontinence urinaire par urgence, la prise en charge initiale est avant tout conservatrice basée sur les traitements médicaux et la rééducation. En cas d'incontinence urinaire à l'effort, c'est la qualité de l'urètre qui guide les indications des techniques de soutènement avec une large place aux bandelettes sous-urétrales privilégiant la voie rétro-pubienne en cas d'insuffisance sphinctérienne avec une mobilité de jonction uréthro-vésicale conservée. En cas d'incontinence urinaire mixte, les choix sont toujours difficiles et il est de règle de commencer par le traitement de la composante la plus gênante pour la patiente. Quoi qu'il en soit, il faut être conscient que le premier traitement engage souvent l'avenir des patients.
© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Urinary incontinence;
Treatment ;
Decisional tree

Summary

The physiopathology of urinary incontinence in women is complex. It must be thoroughly understood to orient the therapeutic choices available to patients. In urge incontinence, the initial management is above all conservatory, based on medical treatments and rehabilitation. In stress urinary incontinence, the quality of the urethra guides the indications for support techniques, with suburethral slings taking the lead and a preference for the retropubic approach in cases of sphincter deficiency with mobility of the urethrovesical junction preserved. In mixed urinary incontinence, the choices are always difficult and generally one begins with treating the component that is the most uncomfortable for the patient. Whatever choice is made, one must be aware that the first treatment often influences future treatments.
© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

Correspondance.

Adresse e-mail : philippe.ballanger@CHU-bordeaux.fr (Ph. Ballanger).

La physiopathologie de l'incontinence urinaire (IU) est complexe. Elle implique les différents éléments qui composent l'ensemble vésico-sphinctérien et les supports anatomiques qui le maintiennent en place (Fig. 1).

C'est à l'évaluation préthérapeutique qu'il revient de faire la part du rôle de chacun des acteurs de l'ensemble vésico-sphinctérien en cause dans le déterminisme des fuites. Parfois, le caractère mixte et plurifactoriel de l'IU peut rendre les décisions thérapeutiques difficiles et aléatoires dans leur résultat.

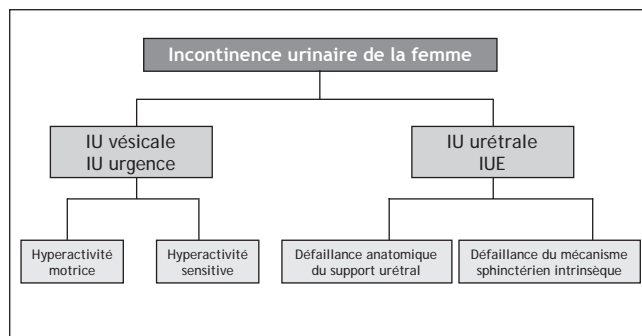


Figure 1. Physiopathologie de l'incontinence urinaire (IU) féminine.

Incontinence urinaire : urgence

En cas d'IU par urgence, c'est l'hyperactivité vésicale qu'il faut essayer de contenir et/ou de réguler.

En dehors de tout contexte neurologique, les traitements de première intention sont conservateurs et font appel aux thérapeutiques comportementales et aux traitements pharmacologiques, voire souvent à une association de ces deux modes thérapeutiques [1].

La rééducation vésicale a pour but de supprimer les contractions involontaires du détrusor grâce à la mise en œuvre du réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur. L'objectif est d'augmenter le volume mictionnel et l'intervalle entre chaque miction, pour finalement améliorer le comportement mictionnel.

L'entraînement vésical est généralement complété par des exercices visant à renforcer le plancher pelvien. Les patientes sont éduquées pour contracter leur plancher pelvien quand survient une contraction involontaire ou quand elles se trouvent dans une situation à risque (changement de position).

Les agents antimuscariniques sont les principaux éléments du traitement pharmacologique de l'hyperactivité vésicale et des fuites par urgence (oxybutynine, chlorure de trospium (Céris®), solifénacine (Vésicare®), toltérodine). Leur efficacité est validée : niveau de preuve 1 et grade de recommandation A [2] ; mais elle est limitée par la fréquence des effets secondaires responsables d'abandons thérapeutiques. Des recherches sont en cours sur de nouvelles classes thérapeutiques : agents bloqueurs des canaux potassiques ou calciques, agonistes bêta-sélectifs.

En cas d'échec de ces thérapeutiques conservatrices ou médicales, d'autres thérapeutiques de deuxième ligne peuvent être proposées :

- la neuromodulation sacrée a reçu l'AMM dans cette indication. Les mécanismes d'action de la neuromodulation sur les troubles mictionnels complexes ne sont pas complètement élucidés. Ils sont probablement liés à la restauration d'un équilibre entre les flux inhibiteurs et excitateurs à partir et vers les organes pelviens au niveau sacré et supra-sacré [3]. Tous les patients ne répondent pas de façon égale à la stimulation de la racine S3. C'est l'intérêt du test qui élimine plus d'un tiers des patients en intention de traiter. Parmi les patients implantés, l'efficacité est de l'ordre de 50 à 70 % avec une atténuation dans le temps dans les rares études à long terme [4-5] ;
- l'injection intradétrusorienne de toxine botulique suscite un intérêt croissant ; mais elle n'a pas l'AMM dans les hyperactivités vésicales non neurologiques et son utilisation est limitée par le risque de devoir recourir aux autosondages ;
- l'entérocystoplastie d'agrandissement, avec de préférence une cystectomie sus-trigonale, apparaît comme la solution de dernier recours en cas d'hyperactivité vésicale réfractaire invalidante avec retentissement possible sur le haut appareil urinaire. Les indications restent rares. Les séries publiées sont courtes et anciennes mais font état de bons résultats (80 %) [6], même si c'est au prix parfois d'un cathétérisme intermittent.

Incontinence urinaire à l'effort

L'incontinence urinaire à l'effort (IUE) est secondaire à une incompétence sphinctérienne d'origine anatomique, par hypermobilité de la jonction urétrovésicale, et/ou intrinsèque, du fait d'une insuffisance sphinctérienne de degré variable.

C'est la part respective de chacun de ces deux paramètres qui va guider le choix des mesures thérapeutiques à proposer aux patientes, en tenant compte également de l'importance des fuites et du retentissement sur la qualité de vie.

Des classifications ont été proposées pour définir le type et le grade de l'IUE et aider à la décision thérapeutique (Tableaux 1 et 2).

Les traitements non chirurgicaux de l'incontinence urinaire doivent être indiqués en première intention. Ils comportent le traitement hormonal en application locale et la rééducation du plancher pelvien.

C'est Kegel [7], le premier, en 1948 qui publiait que « l'incontinence urinaire peut être guérie par l'exercice actif des muscles pubo-coccygiens ». Les méthodes utilisées consistent en un entraînement musculaire, seul ou associé au biofeedback et/ou à l'électrostimulation.

La théorie qui sous-tend l'intérêt des exercices du périnée pour le traitement de l'incontinence d'effort repose sur l'idée qu'une contraction rapide et puissante du périnée ferme l'urètre. Elle augmente ainsi la pression urétrale et empêche les fuites lors d'une brusque augmentation de la pression intra-abdominale [8]. Delancey a également suggéré que lors d'une contraction, le périnée pouvait pousser l'urètre contre la symphyse pubienne, augmentant ainsi la pression mécanique. La contraction « réflexe » du périnée pourrait suivre une boucle précoce étant donné qu'elle peut précéder l'augmentation de la pression vésicale de 200 à 250 ms [9].

Tableau 1	Type selon la classification de McGuire
Type 1	Hypermobilité < 3 cm pC > 20 cm H ₂ O
Type 2	Hypermobilité ≥ 3 cm pC > 20 cm H ₂ O
Type 3	IU récidivée pC ≤ 20 cm H ₂ O

Tableau 2	Grade selon Ingelman
Grade 1	Toux, effort important
Grade 2	Activité courante : lever, marche...
Grade 3	Permanente ± position couchée

L'hypertrophie des fibres musculaires est un processus lent, nécessitant un entraînement musculaire régulier et intense pendant plus de 8 semaines. Avec davantage d'entraînement, le développement peut se poursuivre. Un entraînement de longue durée est donc nécessaire pour augmenter le volume musculaire. Un périnée tonique et fonctionnant bien peut constituer une structure de soutien pour la vessie et l'urètre. Une contraction rapide et forte du périnée, en temps voulu, peut empêcher la descente de l'urètre en cas d'augmentation brusque de la pression intra-abdominale.

Les résultats sont très diversement appréciés dans la littérature : de 17 à 100 % ! Ils dépendent des conditions de la mise en œuvre de la rééducation, de la motivation et de la disponibilité de la patiente et des caractéristiques de l'incontinence. L'ancienneté des troubles, l'importance des fuites, et une hypermobilité importante de la jonction uréthro-vésicale sont autant de facteurs prédictifs d'un mauvais résultat. L'évaluation du bénéfice pour la patiente doit être faite dans des délais relativement précoces. En l'absence d'amélioration au bout de 15 séances, il ne sert à rien de poursuivre. Un traitement chirurgical pourra alors être proposé dans des conditions optimisées par la rééducation.

Le traitement de l'IUE a été révolutionné au cours des années 90 par l'arrivée des bandelettes sous-urétrales (BSU). Elles représentent la mise en application clinique de « la théorie intégrale » d'Ulmsten et Petros [10] et de la théorie du hamac de DeLancey [11]. Le concept est de restaurer un support à l'urètre en créant une zone de compression et d'angulation qui absorbe la pression transmise lors de la poussée abdominale, tout en laissant le col vésical et l'urètre libre lors de la miction et en préservant la fonction sphinctérienne.

L'efficacité et la simplicité de cette technique ont favorisé sa diffusion et la question aujourd'hui se pose de savoir si les BSU ne sont pas devenues le traitement univoque de l'IUE. C'est dans la qualité de l'urètre et des structures qui l'entourent qu'on trouve la réponse (Fig. 2).

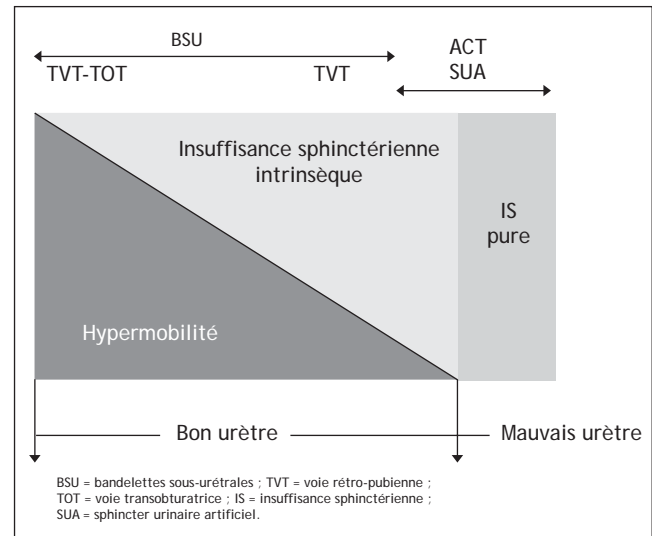


Figure 2. Qualité de l'urètre vs choix des techniques.

Le principe de la BSU apparaît de nos jours comme le traitement de référence de première intention de l'IUE typique pour laquelle la défaillance anatomique du support de l'urètre représente le mécanisme prioritaire objectif par la manœuvre de soutènement de l'urètre. Dans ces circonstances, on peut espérer plus de 80 % de guérison de l'IU et la stabilité de ces résultats dans le temps [12].

En cas d'insuffisance sphinctérienne associée suggérée par des pressions urétrales basses et à condition que la jonction uréthro-vésicale ait conservé un certain degré de mobilité, on privilégiera la voie rétro-pubienne (TVT) à la voie transobturatrice (TOT) [13].

Les limites sont principalement représentées par des urètres fixés par des antécédents de cure d'IU, ou en cas d'insuffisance sphinctérienne sévère. C'est dans ces circonstances qu'on doit évoquer la place d'autres techniques :

- ballonnets ACT ;
- sphincter urinaire artificiel.

Incontinence urinaire mixte

Par définition, l'incontinence urinaire mixte associe une IUE à des symptômes d'hyperactivité vésicale : pollakiurie, urgencyurie, fuites par impériosité. Elle est fréquente : plus de 30 % dans la population générale et près de 50 % chez les sujets âgés. Elle implique une composante de dysfonctionnement du détrusor qui peut être motrice ou sensorielle, associée à une diminution de l'efficacité du mécanisme sphinctérien au niveau de l'urètre. Le symptôme le plus invalidant doit être traité en premier. C'est une situation complexe et à risque sur le plan chirurgical.

Le bénéfice des traitements antimuscariniques est variable ; leur efficacité est moindre chez les patientes ayant une composante à l'effort importante [14].

Traditionnellement, la chirurgie de l'IUE est plus aléatoire dans ses résultats en cas d'hyperactivité vésicale associée du fait d'un taux de succès sur la guérison de l'IU inférieur par

rapport aux patientes avec un détrusor stable [15]. En cas d'hyperactivité détrusorienne, des pressions vésicales ≥ 25 cm H₂O représentent un facteur de mauvais pronostic [16].

D'un autre côté, on retrouve dans la littérature des travaux qui démontrent l'efficacité de la chirurgie non seulement sur la composante à l'effort, mais également sur la composante impérieuse avec une résolution des symptômes d'urgence et d'IU par urgence, qu'il s'agisse des patientes opérées selon la technique de Burch ou par TVT [17]. On peut penser dans ce cas que c'est la dysfonction urétrale qui est responsable du déterminisme à la fois des symptômes d'hyperactivité vésicale et d'IUE.

C'est dire l'importance dans ce contexte du bilan urodynamique dans l'évaluation préthérapeutique.

Il apparaît donc que si le taux de guérison de la chirurgie pour IUE en cas d'hyperactivité vésicale peut être inférieur à ce que l'on observe en cas de détrusor stable, cela ne contre-indique pas la chirurgie avec une amélioration des symptômes dans un certain nombre de cas. Cependant, les patientes doivent être prévenues que si leurs symptômes d'urgence peuvent être améliorés par la chirurgie, ils peuvent aussi persister, voire se dégrader et justifier alors des mesures thérapeutiques spécifiques.

Conclusion

Dans la plupart des chirurgies pour incontinence, le bénéfice de restaurer la continence est souvent à risque de développer de nouveaux symptômes ou d'exacerber des symptômes existants. Il est clair de nos jours que le résultat de la chirurgie ne se limite pas à la disparition des fuites. Un choix stratégique basé sur une sélection rigoureuse des patientes est en règle la clé d'un bon résultat (Fig. 3). La première opération engage souvent l'avenir des patientes : elle doit être la meilleure possible.

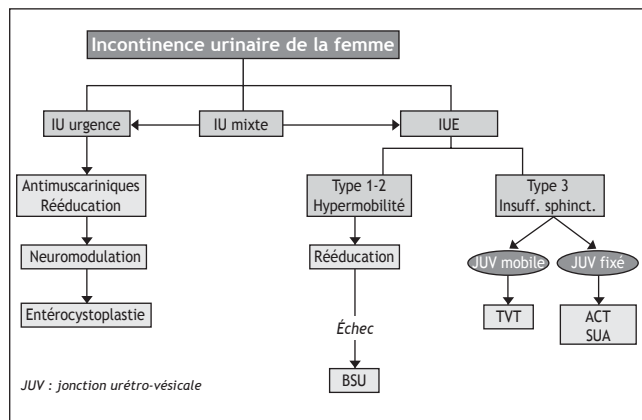


Figure 3. Arbre décisionnel.

Conflit d'intérêts

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] Alhasso AA, McKinlay J, Patrick K, Stewart L. Anticholinergic drugs versus non-drug active therapies for overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006: CD003193.
- [2] Anderson K, Appell R, Cardozo L, Chapple C, Drutz H, Fourcroy J, et al. Pharmacological treatment of urinary incontinence. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. eds. *Incontinence. 3rd International Consultation on Incontinence*. Paris: Health Publication Ltd. 2005, pp 809-854.
- [3] Bemelmans BL, Mundy AR, Craggs MD. Neuromodulation by implant for treating lower urinary tract symptoms and dysfunction. *Eur Urol* 1999;36:81-91.
- [4] Elhilali MM, Khaled SM, Kashiwabara T, Elzayat E, Corcos J. Sacral neuromodulation: long-term experience of one center. *Urology* 2005;65:1114-7.
- [5] Siegel SW, Catanzaro F, Dijkema HE, Elhilali MM, Fowler CJ, Gajewski JB, et al. Long-term results of a multicenter study on sacral nerve stimulation for treatment of urinary urge incontinence, urgency-frequency, and retention. *Urology* 2000; 56:87-91.
- [6] Mundy AR, Stephenson TP. "Clam" cystoplasty for the treatment of refractory urge incontinence. *Br J Urol* 1983;55:641-6.
- [7] Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948; 56:238-48.
- [8] DeLancey JO. Structural aspects of urethrovesical function in the female. *Neurourol Urodyn* 1988;7:509-19.
- [9] Constantinou CE, Govan DE. Contribution and timing of urethra transmitted and generated pressure components in the female urethra. *Prog Clin Biol Res* 1981;78:113-20.
- [10] Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1993;153:1-93.
- [11] DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1713-20;discussion 1720-3.
- [12] Holmgren C, Nilsson S, Lanner L, Hellberg D. Long-term results with tension-free vaginal tape on mixed and stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2005;106:38-43.
- [13] Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A, Murray C, Thomas E, De Souza A, et al. Effectiveness of tension-free vaginal tape compared with transobturator tape in women with stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;112:1253-61.
- [14] Michel MC, de la Rosette JJ, Piro M, Goepel M. Does concomitant stress incontinence alter the efficacy of tolterodine in patients with overactive bladder? *J Urol* 2004;172:601-4.
- [15] Paick JS, Ku JH, Shin JW, Son H, Oh SJ, Kim SW. Tension-free vaginal tape procedure for the treatment of mixed urinary incontinence: significance of maximal urethral closure pressure. *J Urol* 2004;172:1001-5.
- [16] Schrepferman CG, Griebeling TL, Nygaard IE, Kreder KJ. Resolution of urge symptoms following sling cystourethropepy. *J Urol* 2000;164:1628-31.
- [17] Ward K, Hilton P. Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence. *BMJ* 2002;325:67.