

Incontinence urinaire de la femme

Par **Luc Martinez, Didier Duhot**, Société française de médecine générale (SFMG), 141, avenue de Verdun, 92130 Issy-les-Moulineaux.
l.martinez@sfmfg.org

Comment améliorer l'application des recommandations de l'Anaes par les médecins généralistes ?

La mise à la disposition des professionnels de santé des données issues de la recherche n'est pas suffisante pour qu'ils y accèdent, les analysent et les intègrent dans leur pratique.¹

Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) qui s'appuient sur « la médecine fondée sur les preuves » ont aussi leurs propres limites. Les preuves sont souvent limitées à une partie des recommandations. Les opinions d'experts, les préférences des patients ou des médecins, les priorités sociales priment souvent sur les données de la recherche.² L'intégration des recommandations dans la pratique est rendue difficile, car les populations soignées par les médecins sont souvent plus hétérogènes que celles incluses dans les programmes de recherche. De même, la plus grande complexité des soins délivrés en pratique quotidienne, et la non-prise en compte de tous les détails pertinents pour la prise en charge du patient freinent l'appropriation des recommandations.

L'Anaes a régulièrement été informée par les sociétés savantes de médecine générale des difficultés à intégrer les objectifs de

qualité proposés par les recommandations dans la pratique quotidienne des médecins. Dans ce contexte, l'Anaes a formé en juin 2001 un groupe de travail constitué de représentants de 4 sociétés de médecine générale (Collège national des généralistes enseignants [CNGE], Centre de documentation et de recherche en médecine générale [CDRMG], Société française de médecine générale [SFMG], Société de formation thérapeutique du généraliste [SFTG]). Son objectif était de permettre l'implication des médecins généralistes dans l'élaboration des RPC. Trois enquêtes ont ainsi été réalisées et distribuées au groupe de travail chargé de l'élaboration de la recommandation « Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale » (www.anaes.fr).

Lorsque l'Anaes a publié la recommandation, nous en avons réalisé une analyse. Après avoir identifié les objectifs de bonne pratique contenus dans cette recommandation, nous avons évalué leur pertinence pour la pratique des médecins généralistes.

Notre analyse nous conduit à recommander son utilisation. Les objectifs à mettre en œuvre sont clairement explicités et assez bien adaptés aux conditions d'exercice des médecins de premier recours. L'utilité des objectifs de bonne pratique proposés est manifeste pour les patientes.

Luc Martinez

SOMMAIRE

- | | | | |
|--|---------|---|---------|
| › Quelle est la cible des recommandations ? | p. 1405 | › Quand rechercher une incontinence urinaire chez une femme consultant en médecine générale ? | p. 1406 |
| › Quel niveau de preuve des objectifs ? | p. 1405 | › Comment faire le diagnostic ? | p. 1407 |
| › Comment définit-on l'incontinence urinaire ? | p. 1405 | › Quel bilan initial doit être pratiqué ? | p. 1408 |
| › Pourquoi rechercher activement une incontinence urinaire ? | p. 1406 | › En fonction du type d'incontinence, quel traitement peut être donné ? | p. 1410 |
| | | › Conclusion | p. 1412 |



Incontinence urinaire de la femme

Quelle est la cible des recommandations ?

Les médecins généralistes sont clairement identifiés comme les professionnels cibles de cette RPC. Le champ d'action des objectifs proposés est défini précisément dès le début de la recommandation : il s'agit de la prise en charge de l'incontinence urinaire des femmes de plus de 15 ans, non enceintes, à l'exclusion des incontinenances urinaires dues à des affections neurologiques et de l'énurésie.

Recommandations ANAES

I. INTRODUCTION

I.1. Thème des recommandations

Ces recommandations sont destinées à actualiser les recommandations sur l'incontinence urinaire publiées par l'Andem en 1995. Elles sont limitées à la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme de plus de 15 ans, non enceinte, à l'exclusion des incontinenances urinaires dues à des affections neurologiques et de l'énurésie.

Elles sont destinées aux médecins généralistes, aux gériatres, aux gynécologues, aux kinésithérapeutes et aux sages-femmes.

Quel niveau de preuve des objectifs ?

Dans cette RPC, les seules recommandations gradées concernaient les objectifs thérapeutiques (v. tableau p. 1412) ; aucune recommandation n'a atteint le grade A. Pour les autres, c'est l'accord professionnel exprimé par le groupe de travail qui a prévalu. Cela confirme une situation fréquemment rencontrée dans laquelle la majorité des objectifs de pratique reposent sur un consensus d'experts.¹

Il est intéressant de constater que les critères d'applicabilité en pratique de médecine générale ont été le plus souvent pris en compte dans cette recommandation.

Recommandations ANAES

I.2. Gradation des recommandations

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations sont classées en grade A, B, ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de **grade A** est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par ...

- exemple des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
 - une recommandation de **grade B** est fondée 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 ;
 - une recommandation de **grade C** est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.
- Les autres recommandations correspondent à un **accord professionnel** exprimé par le groupe de travail et le groupe de lecture.

Comment définit-on l'incontinence urinaire ?

Recommandations ANAES

II. DÉFINITIONS

L'incontinence urinaire est définie par toute fuite involontaire d'urine dont se plaint la patiente.

Les formes cliniques les plus fréquentes chez la femme sont

l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence urinaire par impériosité et l'incontinence urinaire mixte :

- **l'incontinence urinaire d'effort** est caractérisée par une fuite involontaire d'urine, non précédée du besoin d'uriner, qui survient à l'occasion d'un effort tel que toux, rire, éternuement, saut, course, soulèvement de charges ou toute autre activité physique augmentant la pression intra-abdominale ;
- **l'incontinence urinaire par impériosité** est caractérisée par la perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent et irrépressible d'uriner aboutissant à une miction ne pouvant être différée ;
- **l'incontinence urinaire mixte** combine les deux types de symptômes, et souvent l'un des types de symptômes est plus gênant que l'autre pour la patiente.

l'incontinence urinaire par regorgement est une perte involontaire d'urine associée à une distension vésicale ou rétention vésicale chronique. Elle est due à un détrusor peu ou non contractile ou à une obstruction du col vésical ou de l'urètre qui laisse une vessie pleine en permanence. Ce type d'incontinence est rare chez la femme. Cependant une obstruction sous-cervicale peut apparaître à la suite d'un traitement chirurgical de l'incontinence d'effort, lors d'un prolapsus sévère d'un organe pelvien (cystocèle, prolapsus utérin), d'un fécalome. Il existe des **incontinenances liées à des causes externes à l'appareil urinaire** (absence d'anomalies vésico-sphinctériennes). Ce sont les incontinenances dues à des troubles cognitifs, psychiques, métaboliques, à des causes iatrogènes, à des erreurs hygiéno-diététiques et/ou à une réduction de la mobilité (cf. §III).

Pourquoi rechercher activement une incontinence urinaire ?

Une pathologie plus fréquente que le diabète...

L'incontinence urinaire est plus fréquente que le diabète.⁶ Elle touche de 3 à 55 % des femmes selon la définition retenue et l'âge des patientes incluses dans les études.⁷

En médecine générale, la prévalence de l'incontinence urinaire de la femme est moins bien connue. Selon une étude suédoise publiée en 1997, elle a été estimée à 27,7 % chez des patientes âgées de 20 à 59 ans ayant consulté dans un centre régional de médecine générale pour un problème gynécologique.⁸ En France, l'étude de référence réalisée chez des femmes de plus de 18 ans a estimé sa prévalence à 37%.⁹ Dans cette étude, 77 % des femmes souffraient d'incontinence urinaire d'effort, 60 % de mictions impérieuses, et 35 % de fuites spontanées. Une enquête prospective récente réalisée chez des femmes de plus de 35 ans, quel que soit le motif de consultation de leur médecin généraliste, a confirmé ces résultats.³ Si 53 % des femmes interrogées avaient une incontinence urinaire quotidienne ou occasionnelle, elles n'étaient que 40 % à s'en plaindre.

... très invalidante

L'incontinence urinaire est une affection très invalidante.^{3,4,7,8} Elle constitue un réel problème pour les deux tiers des femmes qui en sont atteintes.^{4,10} Elle altère fortement leur qualité de vie et conduit souvent ces femmes à un isolement social au moins partiel.^{3,7,8,10}

... avec un coût élevé pour la collectivité

L'incontinence urinaire coûte cher à la collectivité. Une étude économique par projections, menée aux États-Unis en 1995 chez des sujets de plus de 65 ans (hommes et femmes), a montré que les coûts de prise en charge de l'incontinence urinaire (diagnostic et traitement) excédaient ceux de la dialyse et de la chirurgie coronarienne confondus.¹¹

... et insuffisamment identifiée

L'insuffisance d'identification de l'incontinence urinaire de la femme est soulignée par de nombreuses études. Une enquête épidémiologique, réalisée par la SFMG à la demande de l'Anaes dans le cadre de la réactualisation de la recommandation sur la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale, a confirmé ces données. À partir de l'analyse des dossiers médicaux informatisés de 24 735 femmes de plus de 40 ans, les auteurs de cette étude ont estimé le taux de prise en charge de l'incontinence urinaire à 1,4 % des femmes

ayant consulté au cours de l'année 1999.⁵

Les freins à l'identification sont nombreux, liés aux représentations des patientes et des médecins.¹⁰ La SFTG, en réponse à l'appel d'offres de l'Anaes, a étudié les schémas d'attribution ou représentations psychosociales de l'incontinence urinaire chez 17 patientes non institutionnalisées et chez 11 professionnels de santé (8 généralistes et 3 kinésithérapeutes). Leur étude, qui a associé un enregistrement des consultations, des entretiens semi-directifs et des *focus groups*, a montré que les patientes éprouvaient le besoin de parler de leur incontinence, mais que l'importance de la blessure narcissique qu'elles ressentaient les conduisait à se taire. Ces femmes attendaient que leur médecin aborde le premier ce problème et qu'il leur apporte des informations sur les possibilités de traitement. Les professionnels de santé interrogés ont, eux aussi, mis en avant l'importance d'un premier abord par le professionnel et l'intérêt d'une stratégie de dépistage ; comme leurs patientes, ils se sont plaints d'un manque d'information sur les modalités de la rééducation de l'incontinence urinaire.⁴

Recommandations ANAES

III. JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE D'UNE INCONTINENCE URINAIRE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Il est justifié de rechercher activement l'incontinence urinaire en médecine générale car :

- sa prévalence est élevée (elle est estimée entre 10 et 53 % selon la population étudiée et la définition retenue de l'incontinence urinaire) ;
- elle diminue la qualité de vie ;
- peu de patientes consultent pour ce motif (beaucoup considèrent que l'incontinence urinaire accompagne le vieillissement ; la prise en charge diagnostique et thérapeutique est mal connue ; le sujet est tabou et les patientes attendent que le médecin aborde le sujet le premier) ;
- elle peut être symptomatique d'autres pathologies, qui peuvent bénéficier d'un traitement spécifique ;
- il existe des thérapeutiques efficaces.

Quand rechercher une incontinence urinaire chez une femme consultant en médecine générale ?

Rechercher l'incontinence urinaire dans des circonstances propices

Les limites méthodologiques des études épidémiologiques disponibles et la multiplicité des facteurs de risque ont conduit les auteurs à restreindre le dépistage de l'incontinence urinaire aux consultations dont le motif était en rapport avec la sphère uro-génitale, une toux chronique, un problème lié au diabète, une constipation, un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport ou un problème neurologique. Ils ont privilégié le pragmatisme.

Incontinence urinaire de la femme

Recommandations ANAES

Les **facteurs de risque** d'incontinence urinaire sont :

- l'augmentation de l'âge, en particulier pour l'incontinence urinaire par impériosité ;
- la ou les grossesses antérieures ;
- les antécédents d'accouchement par voie vaginale et de traumatismes gynéco-obstétricaux en général : forceps, ventouses, déchirures (le rôle aggravant ou protecteur de l'épisiotomie n'est pas prouvé) ;
- la parité (trois enfants ou plus) ;
- les antécédents de chirurgie pelvienne (hystérectomie) ou abdominale ;
- l'obésité ;
- l'activité physique intensive ;
- l'énurésie dans l'enfance.

L'incontinence urinaire peut également être **liée à ou aggravée par** :

- les infections urinaires basses à répétition ;
- la vaginite atrophique ;
- la constipation, le fécalome ;
- le diabète sucré ou insipide, et toutes les causes de polyurie ;
- les œdèmes en rapport avec une insuffisance cardiaque congestive ou une insuffisance veineuse (augmentation de la diurèse à certaines périodes, en particulier la nuit par redistribution nocturne des liquides) ;
- la bronchite chronique et toutes les causes de toux chronique ;
- l'existence d'une maladie neurologique ;
- toutes les causes de réduction de la mobilité, liées à une pathologie organique ou psychique (dépression, syndrome confusionnel) ;
- les troubles cognitifs ;
- l'altération de l'état général, quelle qu'en soit la cause ;
- la prise de médicaments favorisant l'incontinence urinaire, surtout en cas de polymédication :
 - diurétiques,
 - médicaments diminuant le tonus urétral (alpha-bloquants),
 - médicaments favorisant une rétention urinaire et une incontinence par regorgement (antidépresseurs imipraminiques, antipsychotiques, antiparkinsoniens, antihistaminiques, analgésiques morphiniques, alpha-sympathomimétiques – y compris en particulier certains médicaments vendus sans ordonnance comme les décongestionnants nasaux, bêta-sympathomimétiques, inhibiteurs calciques),
 - médicaments à effet sédatif (psychotropes, antihistaminiques et analgésiques morphiniques déjà cités, hypnotiques et anxiolytiques) ;
- des erreurs hygiéno-diététiques :
 - apports hydriques excessifs, voire potomanie, ou mauvaise répartition des prises liquidiennes dans la journée,
 - éventuellement consommation importante d'alcool, de café ou de boisson contenant de la caféine.

Certains de ces facteurs sont potentiellement réversibles et/ou peuvent bénéficier d'un traitement spécifique. Ils sont donc à rechercher systématiquement.

...

... Il n'est pas prouvé que la ménopause soit un facteur de risque d'incontinence urinaire indépendant de l'âge et que le traitement hormonal substitutif améliore l'incontinence urinaire.

En raison de la multiplicité des facteurs déclenchant ou aggravant une incontinence urinaire et de leur prévalence, **il est recommandé de rechercher une incontinence urinaire** chez une femme consultant en médecine générale **lorsque le motif de consultation est** :

- en rapport avec la sphère uro-génitale, notamment lors d'un examen pré ou post-natal, lors d'une demande de contraception, ou lors d'une consultation de suivi de la ménopause ou pour troubles sexuels ;
- une toux chronique ;
- un diabète ;
- une constipation ou un trouble de la fonction ano-rectale (perte de matières fécales, impossibilité de retenir les gaz) ;
- un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport ;
- une atteinte neurologique.

Comment faire le diagnostic ?

Établir le diagnostic et le type d'incontinence par l'interrogatoire

Pour faire le diagnostic d'incontinence urinaire, les auteurs ont retenu une question simple et facile à formuler plutôt que le test de référence (*pad-test*) dont la réalisation est bien plus compliquée.

Recommandations ANAES

IV. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UNE INCONTINENCE URINAIRE ET DE SON TYPE

IV.1. Diagnostic positif d'une incontinence urinaire

C'est un diagnostic d'interrogatoire : pour la mise en évidence d'une incontinence urinaire il est proposé d'utiliser une question simple, par exemple « *Vous arrive-t-il d'avoir des pertes ou des fuites d'urine ?* », sans utiliser le terme d'incontinence urinaire potentiellement disqualifiant pour la patiente.

IV.2. Diagnostic du type d'incontinence urinaire

Le diagnostic du type d'incontinence (d'effort, par impériosité ou mixte) est un **diagnostic d'interrogatoire**, qui ne préjuge pas de son mécanisme physiopathologique. Il est proposé de rechercher :

- des pertes d'urine quand la patiente tousse, éternue, saute, porte des charges, change de position, etc. ;
- des besoins impérieux (une pollakiurie de précaution ne doit pas être confondue avec une impériosité) ;
- l'association éventuelle des deux types de symptômes.

Quel bilan initial doit être pratiqué ?

Évaluer l'importance et le retentissement de l'incontinence

Parmi les méthodes recommandées pour évaluer l'importance et le retentissement de l'incontinence, le catalogue mictionnel n'a été proposé qu'en complément de l'interrogatoire. Pourtant cet outil simple, facile à mettre en œuvre, apporte de nombreux renseignements (fréquence des pertes d'urine, gravité des symptômes, circonstances déclenchantes). Il a en outre l'intérêt d'impliquer la patiente dans sa prise en charge et de lui expliquer les raisons de la mise en route d'une rééducation mictionnelle si elle est justifiée.¹²

Recommandations ANAES

V. BILAN INITIAL À RÉALISER CHEZ UNE PATIENTE PRÉSENTANT UNE INCONTINENCE URINAIRE

V.1 Évaluation de l'incontinence urinaire et de son retentissement

Une fois posé le diagnostic clinique du type d'incontinence, il est recommandé :

- d'évaluer **le nombre approximatif de pertes quotidiennes d'urine** (nombre de changements de sous-vêtements par jour, nécessité d'une protection en dehors des règles, type et nombre de protections utilisées par jour) ;
- d'apprécier **la gêne liée à l'incontinence urinaire** ressentie par la patiente (limitation des activités sociales, sportives, etc., peur de l'aggravation ultérieure). Si on souhaite évaluer **le retentissement sur la qualité de vie** de la patiente par un questionnaire de qualité de vie validé, le questionnaire Contilife et l'échelle Ditrovie peuvent être proposés ;
- de rechercher la **date et les circonstances d'apparition** des troubles, en particulier pour les besoins impérieux (sont-ils apparus récemment, y a-t-il la notion d'énurésie dans l'enfance ?) ;
- de rechercher les antécédents gynéco-obstétricaux et chirurgicaux (cf. § III) ;
- de rechercher d'éventuels examens et traitements antérieurs de l'incontinence.

Le catalogue mictionnel est proposé en complément à l'interrogatoire. Il aide à estimer la fréquence des épisodes d'incontinence et les circonstances d'apparition des symptômes, et à faire prendre conscience à la patiente de ses symptômes. Il est rempli par la patiente, en dehors de la consultation, dans ses conditions normales de vie pendant 2 ou 3 jours, pas obligatoirement consécutifs (par exemple un jour de semaine, puis un jour de week-end).

Rechercher les causes favorisantes et aggravantes réversibles

Recommandations ANAES

V.2. Recherche d'une pathologie organique, d'une cause iatrogène, d'erreurs hygiéno-diététiques favorisant ou aggravant une incontinence urinaire

Il est recommandé de rechercher des symptômes ou signes associés qui orientent vers une pathologie organique susceptible de déclencher ou d'aggraver une incontinence urinaire et pouvant bénéficier d'un traitement spécifique :

- troubles mictionnels, par exemple pollakiurie, dysurie, hématurie (tumeur des voies urinaires excrétrices), brûlures urinaires (infection urinaire) ;
- polyurie (diabète, hypercalcémie), nycturie (œdèmes dus à une insuffisance veineuse ou à une insuffisance cardiaque congestive) ;
- irritation locale ou douleur pendant les rapports sexuels (vaginose atrophique) ;
- troubles du transit ou difficultés d'exonération (constipation voire fécalome) ;
- troubles sensitifs à type de dysesthésies, troubles sphinctériens anaux avec perte de sensation du passage des urines et des selles associés à une incontinence urinaire d'apparition récente associés ou non à des troubles sexuels (atteinte neurologique) ;
- syndrome confusionnel, troubles dépressifs, troubles cognitifs ;
- réduction de la mobilité.

Il est recommandé de rechercher une cause iatrogène et des erreurs hygiéno-diététiques qui peuvent majorer une incontinence urinaire (cf. § III).

Pratiquer un examen physique initial

La RPC recommande de réaliser, devant toute incontinence urinaire, un examen clinique général et gynécologique pour rechercher un prolapsus vaginal, pour évaluer la qualité du plancher pelvien et la force de contraction des muscles périnéaux, et pour rechercher une fuite urinaire provoquée par la toux ou la poussée.

La recherche d'un prolapsus vaginal est importante, car fortement associée à l'incontinence urinaire d'effort,¹² et elle est à la portée du médecin généraliste.

L'évaluation de la force de contraction des muscles périnéaux est fortement liée à l'expérience de l'évaluateur et les auteurs de la recommandation n'ont rapporté aucune étude ayant évalué la reproductibilité inter-évaluateurs pour cet examen.

La pratique du test de provocation à l'effort par le médecin généraliste a aussi été recommandée. La probabilité pré-test, c'est-à-dire la probabilité pour qu'une femme incontinente souffre d'incontinence urinaire d'effort est de 61 % (prévalence

de l'incontinence urinaire d'effort parmi les femmes souffrant d'incontinence urinaire). La probabilité post-test (valeur prédictive positive après pratique du test de provocation à l'effort) est de 89 %.¹² Le gain diagnostique apporté par le test de provocation est donc modéré (28 %). Le gain diagnostique pour éliminer l'incontinence urinaire d'effort est meilleur si le test est négatif (valeur prédictive négative = 89 % ; probabilité pré-test = 39 %). Au total, ce test qui ne permet pas d'exclure une incontinence urinaire mixte s'il est positif, n'élimine pas totalement l'incontinence urinaire d'effort s'il est négatif. Son utilité semble pouvoir être remise en cause, d'autant plus que ses conditions de réalisation (vessie à moitié pleine) sont difficilement contrôlables dans le cabinet du généraliste.

Recommandations ANAES

V.3. Examen clinique

Il est recommandé :

- de réaliser, chez une patiente allongée, vessie « semi-pleine », **un examen uro-gynécologique** pour éliminer une fistule vésico-vaginale, rechercher un prolapsus génital et un globe vésical, évaluer lors du toucher vaginal la qualité du plancher pelvien et la force de contraction des muscles périnéaux ;
- de rechercher **une fuite d'urine provoquée** par des efforts répétés de toux ou de poussée, mais son absence lors de l'examen clinique n'élimine pas le diagnostic d'incontinence d'effort (en cas de prolapsus, cette recherche doit être effectuée avant et après réduction du prolapsus) ;
- de tester **la sensibilité périnéale** en cas de suspicion d'atteinte neurologique ;
- de réaliser **un examen clinique général** à la recherche d'une pathologie associée pouvant déclencher ou aggraver une incontinence urinaire.

Limiter les explorations complémentaires

À juste titre, le groupe de travail a limité les explorations complémentaires minimales à entreprendre par le médecin généraliste.

L'utilité de la bandelette urinaire systématique à la recherche d'une infection urinaire nous semble limitée. En cas d'infection symptomatique, la patiente est traitée par antibiotiques, qu'elle soit incontinente ou non. Mais en cas de bactériurie asymptomatique, quelle décision prendre alors que la relation entre les symptômes d'incontinence urinaire et une bactériurie n'est pas formellement démontrée ?¹²

L'intérêt de la recherche d'un résidu post-mictionnel par le médecin généraliste n'est pas démontré pour des raisons assez comparables.¹²

V.4. Examens complémentaires à réaliser dans le bilan initial d'une incontinence urinaire chez la femme en médecine générale

→ **La recherche d'une infection urinaire** par bandelette urinaire ou par examen cytot bactériologique des urines (ECBU) est recommandée :

- chez toute femme présentant une incontinence par impériosité ou mixte ;
- chez toute femme âgée ou qui porte régulièrement des protections à cause de son incontinence urinaire, quel que soit le type de l'incontinence urinaire ;

- avant la réalisation d'un bilan urodynamique ou d'une cystoscopie.

→ Il est recommandé de **rechercher un résidu post-mictionnel** par échographie vésicale sus-pubienne plutôt que par sondage dans les cas suivants :

- en cas d'incontinence d'effort ou mixte, uniquement si un traitement chirurgical est envisagé (la recherche systématique d'un résidu post-mictionnel n'est pas recommandée avant la prescription en première intention d'une rééducation périnéo-sphinctérienne) ;
- en cas d'incontinence par impériosité ou mixte, uniquement si un traitement médicamenteux par anticholinergique est envisagé (dans ce cas la recherche 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).

Il a été démontré que la mesure quantitative du résidu post-mictionnel par échographie n'était pas fiable.

→ **Un bilan urodynamique** n'est pas recommandé dans l'incontinence urinaire d'effort pour prescrire une rééducation périnéo-sphinctérienne.

Il est proposé dans les cas suivants, éventuellement après avis spécialisé :

- si le diagnostic du type d'incontinence urinaire est incertain ou s'il est impossible de proposer un traitement de première intention après l'évaluation initiale (en particulier dans certains cas d'incontinence par impériosité ou mixte) ;

- en l'absence de disparition ou de soulagement de l'incontinence après un traitement anticholinergique de première intention en cas d'incontinence par impériosité ;

- si une intervention chirurgicale est envisagée en cas d'incontinence urinaire d'effort ;

- en présence ou en cas de suspicion d'une pathologie associée (difficulté persistante à vider la vessie, résidu post-mictionnel, antécédents de chirurgie pour incontinence urinaire, antécédents de chirurgie ou d'irradiation pelvienne, prolapsus génital important de stade 3 ou 4, atteinte neurologique).

→ Une **cystoscopie** n'est pas recommandée dans le bilan initial d'une incontinence urinaire, sauf si une pathologie tumorale associée est suspectée, par exemple devant des infections urinaires à répétition ou une hématurie.

→ **L'échographie du haut appareil urinaire et l'urographie intraveineuse** ne sont pas recommandées dans le bilan initial d'une incontinence urinaire. Les données fournies par ces examens complémentaires ne modifient pas la décision thérapeutique.

En fonction du type d'incontinence, quel traitement peut être donné ?

La présentation des recommandations de traitement par type d'incontinence a le mérite de la clarté même si l'on sait qu'un quart des femmes incontinentes ont une forme mixte.⁹

La rééducation mictionnelle n'a, nous semble-t-il, pas été assez valorisée. Ce traitement simple à mettre en œuvre, impliquant la patiente dans sa prise en charge, a fait la preuve de son efficacité non seulement dans l'incontinence par impériosité, mais aussi dans l'incontinence d'effort.¹³ Il mériterait d'être proposé plus souvent.

Incontinence urinaire d'effort : proposer en 1^{re} intention la rééducation périnéale

Recommandations ANAES

VI. TRAITEMENT INITIAL DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME EN MÉDECINE GÉNÉRALE

VI. 1. Traitement de l'incontinence urinaire d'effort

→ La rééducation périnéo-sphinctérienne, seule ou associée au *biofeedback* ou à l'électrostimulation, est recommandée dans l'incontinence d'effort. L'utilisation de plusieurs techniques rééducatives semble plus efficace que la pratique d'une seule (grade B pour la rééducation périnéo-sphinctérienne, grade C pour le *biofeedback* ou l'électrostimulation). Cette rééducation peut être effectuée par un kinésithérapeute ou une sage-femme. Elle est proposée en première intention chez une patiente motivée, sans troubles cognitifs et valide, sauf en cas d'incontinence urinaire d'effort très invalidante qui peut bénéficier d'emblée d'un traitement chirurgical après avis spécialisé.

En l'absence de disparition ou d'amélioration des symptômes après une rééducation bien conduite (10 à 20 séances), il est recommandé de prendre un avis spécialisé, afin d'envisager les possibilités d'un éventuel traitement chirurgical.

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

Incontinence par impériosité : choisir, en 1^{re} intention, entre :

- le traitement comportemental et (ou) la rééducation ;
- le traitement pharmacologique.

Recommandations ANAES

VI.2. Traitement de l'incontinence urinaire par impériosité

VI.2.1 Traitements comportementaux et rééducation

Les **traitement comportementaux** (adaptation des apports liquidiens, reprogrammation mictionnelle, tenue d'un calendrier mictionnel), la **rééducation périnéo-sphinctérienne** et l'**électrostimulation fonctionnelle** (avec des fréquences de courant visant à inhiber le détrusor) **sont recommandés** (grade C).

Ces différentes modalités peuvent être associées afin de réaliser une rééducation visant à inhiber les contractions vésicales. Elles peuvent être proposées en première intention chez une patiente motivée, sans troubles cognitifs et valide.

VI.2. 2. Traitement pharmacologique

→ Un traitement par anticholinergique peut également être proposé en première intention ou après échec d'un traitement comportemental et/ou d'une rééducation (grade B). Il est prescrit :

- après élimination d'une infection urinaire et d'une rétention urinaire ;
- en l'absence de contre-indications à l'utilisation des anticholinergiques et en l'absence d'un traitement par anticholinestérasiques déjà en cours.

Il peut être associé à la tenue d'un calendrier mictionnel et à des mesures éducatives (répartition des boissons dans la journée, adaptation des horaires de prise des médicaments diurétiques).

→ L'**oxybutynine** ou la **toltérodine** ou le **chlorure de trospium** sont recommandés (grade B). Ils ont montré une efficacité modérée, mais significativement supérieure à un placebo pour faire disparaître ou soulager l'incontinence urinaire par impériosité (diminution moyenne d'environ 1 épisode d'incontinence urinaire par période de 48 heures). Il est probable que la toltérodine et le chlorure de trospium soient mieux tolérés que l'oxybutynine. Même si les 3 anticholinergiques ont une autorisation de mise sur le marché pour le traitement de l'incontinence par impériosité, les seuls produits actuellement remboursés par l'assurance maladie sont l'oxybutynine et le chlorure de trospium. Pour l'oxybutynine, la posologie initiale est celle recommandée par le résumé des caractéristiques du produit, tel qu'il figure dans le dictionnaire Vidal, soit 2,5 milligrammes, 3 fois par jour. Il est possible d'augmenter cette posologie par autotitration jusqu'à 5 milligrammes, 3 fois par jour, en raison de la variabilité inter-individuelle de la dose efficace.

L'**efficacité maximale** de l'oxybutynine, de la toltérodine et du chlorure de trospium étant atteinte **après 5 à 8 semaines de traitement**, il est recommandé de **ne pas interrompre le traitement plus tôt** si la tolérance est acceptable (grade B). En revanche, en cas de mauvaise tolérance, un changement d'anticholinergique est recommandé.

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

Compte tenu du risque de rétention vésicale sous oxybutine, toltérodine

...

... et chlorure de trospium, il est recommandé de surveiller l'apparition d'un globe vésical, surtout chez les patientes âgées fragilisées.

→ En l'absence d'efficacité d'un traitement anticholinergique après 1 ou 2 mois, deux possibilités sont à envisager :

- si le traitement anticholinergique a été prescrit après réalisation d'un bilan urodynamique, il est proposé d'essayer un nouvel anticholinergique. En cas d'échec du deuxième anticholinergique, un avis spécialisé est recommandé ;

- si le traitement anticholinergique a été prescrit sans réalisation préalable d'un bilan urodynamique (« traitement d'épreuve »), il est recommandé de réaliser un bilan urodynamique et de prendre un avis spécialisé pour décider de la suite du traitement.

→ Dans le cas particulier de la **personne âgée fragilisée**,¹ il est proposé de plus :

- de faire préalablement au traitement une évaluation des fonctions cognitives et de les surveiller au cours du traitement anticholinergique ;
- de réaliser une échographie vésicale par voie sus-pubienne pour éliminer un résidu post-mictionnel avant de prescrire un anticholinergique ;
- de diminuer la posologie initiale de l'oxybutynine, de la toltérodine et du chlorure de trospium de moitié par rapport aux posologies indiquées, et pour l'oxybutynine d'espacer les prises (2 prises au lieu de 3, une le matin, une le soir) ;
- de surveiller particulièrement l'apparition d'un globe vésical.

1. En absence de définition standard, la fragilité peut être définie comme un état médico-social instable rencontré à 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.

Incontinence urinaire mixte : choisir, en 1^{re} intention, le traitement adapté aux symptômes

Recommandations ANAES

VI.3. Traitement de l'incontinence urinaire mixte

Il est proposé **en première intention** :

- une rééducation périnéo-sphinctérienne isolée ou associée à une électrostimulation fonctionnelle, à un *biofeedback* ou à des traitements comportementaux, en fonction des symptômes les plus gênants pour la malade,

et/ou

- un traitement anticholinergique.

En l'absence de disparition ou de soulagement de l'incontinence urinaire après une rééducation bien conduite (10 à 20 séances) 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.

Incontinence urinaire par regorgement : demander un avis urologique avant de traiter

Recommandations ANAES

VI.4. Traitement de l'incontinence par regorgement

Il est recommandé de prendre un avis urologique pour établir la stratégie des examens complémentaires nécessaires au diagnostic du mécanisme du regorgement et pour décider du type de traitement.

Informez la patiente sur les possibilités de traitement

La RPC a recommandé le devoir d'information du médecin généraliste sur les possibilités de traitement. Elle répond ainsi aux demandes des femmes telles qu'elles ont pu l'exprimer dans l'enquête de la SFTG.⁴

Recommandations ANAES

VI.5. Information sur les possibilités thérapeutiques à donner à la patiente

Il est nécessaire d'informer la patiente des différentes possibilités thérapeutiques afin d'aboutir à une décision partagée. Le but de cette information est de faire comprendre à la patiente que le choix du traitement dépend du type d'incontinence, de la gêne qu'elle ressent et de ses souhaits, en fonction des contraintes thérapeutiques.

→ En cas d'**incontinence urinaire d'effort**, la patiente est informée et rassurée sur les modalités précises de la rééducation périnéo-sphinctérienne : toucher vaginal avec testing musculaire, utilisation éventuelle d'une sonde intra-vaginale pour l'électrostimulation ou le biofeedback (à prescrire), nombre de séances initiales (10 à 20), nécessité éventuelle de prolongation après évaluation au terme des séances initiales. Il est recommandé d'insister sur l'importance d'un travail personnel d'auto-rééducation entre chaque séance de rééducation.

La patiente est également informée des possibilités de la chirurgie, soit d'emblée (par exemple en cas d'incontinence d'effort vécue comme très invalidante par la patiente), soit après échec de la rééducation périnéo-sphinctérienne. Les différentes interventions proposées dépendent du mécanisme de l'incontinence urinaire (défaut de soutien du col vésical ou de l'urètre, ou insuffisance sphinctérienne) et ne se limitent pas aux interventions de type TVT.

→ En cas d'**incontinence urinaire par impériosité**, la patiente est informée de l'intérêt de l'adaptation des apports liquidiens, des modalités de la reprogrammation du comportement mictionnel (y compris celles de la tenue d'un catalogue mictionnel), des autres modalités de la rééducation (électrostimulation, rééducation périnéo-sphinctérienne) et des avantages et inconvénients des différents anticholinergiques. Si un traitement par anticholinergique est envisagé, la patiente est prévenue des effets secondaires (sécheresse buccale, constipation, ...)

Recommandations ANAES

... troubles cognitifs), du délai d'apparition de l'efficacité maximale (qui peut aller jusqu'à 5 à 8 semaines) et de la nécessité de consulter en l'absence d'efficacité après ce délai (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.

En deuxième intention, en cas d'échec des traitements précédents, la patiente est informée de la possibilité d'autres thérapeutiques telles qu'une neuromodulation des racines sacrées, après demande d'un avis urologique.

→ En cas d'incontinence mixte, la patiente est informée des différentes possibilités thérapeutiques (rééducation, traitement anticholinergique) en fonction des symptômes présentés.

→ En cas d'incontinence par regorgement, la patiente est informée de la nécessité d'un avis urologique pour connaître le mécanisme à l'origine de l'incontinence et décider du type de traitement.

→ Quel que soit le type de l'incontinence, il est recommandé de bien informer la patiente du rôle potentiellement aggravant sur l'incontinence urinaire et les troubles mictionnels des médicaments cités au paragraphe III, en particulier de ceux pris sans ordonnance, et de l'aider à identifier les facteurs hygiéno-diététiques qui peuvent majorer l'incontinence (apports liquidiens excessifs, consommation de boissons alcoolisées ou contenant de la caféine, etc.).

Conclusion

Les objectifs de pratique proposés par cette recommandation sont pertinents pour la pratique du médecin généraliste. Les procédures à mettre en œuvre sont clairement explicitées et

TABLEAU – OBJECTIFS DE QUALITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME ET NIVEAU DE PREUVE

Rang	Libellé	Grade
1	Rechercher l'incontinence urinaire dans des circonstances propices	NP
2	Poser le diagnostic et le type d'incontinence par l'interrogatoire	NP
3	Évaluer l'importance et le retentissement de l'incontinence	NP
4	Rechercher les causes favorisantes et aggravantes réversibles	NP
5	Pratiquer un examen physique initial	NP
6	Limiter les explorations complémentaires	NP
7	Proposer en première intention la rééducation périnéale dans l'incontinence urinaire d'effort	B
8	Choisir, en première intention, dans l'incontinence par impériosité, entre : – le traitement comportemental et/ou la rééducation – le traitement pharmacologique	C B
9	Choisir, en première intention le traitement adapté aux symptômes dans l'incontinence urinaire mixte	NP
10	Demander un avis urologique avant de traiter l'incontinence urinaire par regorgement	NP
11	Informar la patiente sur les possibilités de traitement	NP

NP : non précisé.

adaptées aux conditions d'exercice des médecins de premier recours. L'utilité des objectifs de bonne pratique est manifeste pour les patientes. Les objectifs proposés pour l'examen clinique et le bilan minimal ne nous semblent pas entièrement adaptés aux conditions d'exercice du médecin généraliste. Notre évaluation de la RPC est toutefois très favorable. Elle répond aux principales critiques formulées à l'encontre des recommandations.² Malgré la faiblesse du niveau de preuve des études disponibles, les auteurs de ce travail ont su prendre en compte l'opinion des experts de médecine générale, les attentes des patients, et l'applicabilité des recommandations dans la pratique du médecin généraliste. Cette recommandation de pratique clinique fournit la preuve que l'intégration des sociétés de médecine générale dans le processus d'élaboration des recommandations, mais aussi en amont par une analyse des besoins, apporte une réponse à la demande de Grol : « Une solution consisterait à développer une méthode d'élaboration des recommandations qui s'appuie non seulement sur une recherche méthodique des études à fort niveau de preuve, mais prenne aussi en compte l'opinion des experts, les préférences des patients, et l'applicabilité des recommandations en pratique quotidienne ». ² ■

Références

- Effective Health Care. Getting evidence into practice. York : University of York ; 1999.
- Grol R. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit and patient satisfaction. JAMA 2001 ; 286 : 2578-85.
- Vallée JP, Charpentier JM, Gallois P, Le Noc Y. Centre de documentation et de recherche en médecine générale, UNAFORMEC. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France. Une enquête transversale en médecine générale. Montreuil : CDRMG, UNAFORMEC ; 2003.
- Société de formation thérapeutique du généraliste. Enquête sur les représentations psychosociales de l'incontinence urinaire. Paris : SFTG ; 2003.
- Société Française de Médecine Générale. Martinez L, Boisnault P, Clerc P, Duhot D. Prévalence et caractéristiques clinique de l'incontinence urinaire chez les femmes de plus de 40 ans. Issy-les-Moulineaux : SFMG ; 2001.
- Fantl JA, Newman DK, Coiling J et al. Urinary incontinence in adults : acute and chronic management. Rockville, Md : US Dept of Health and Human Services, Public health Service, Agency for health Care Policy and Research ; 1996. Clinical Practice Guideline N°2, 1996 Update. AHCPR publication n° 96-082.
- Holroyd-Leduc JM, Strauss SE. Management of urinary incontinence in women. JAMA 2004 ; 291 : 986-95.
- Samuelsson E, Victor A, Tibblin G. A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment. Acta Obstet Gynecol Scand 1997 ; 76 : 74-80.
- Minaire P, Jacquetin B. La prévalence de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992 ; 21 : 731-8.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Paris : ANAES ; 2003.
- Resnick NM. Improving treatment of urinary incontinence. JAMA 1998 ; 280 : 2034-5.
- Sanvik H. Clinical investigations in female urinary incontinence. 1996. <http://www.uibno/isf/people/doc/clin.htm>
- Sandvik H. Treatment of female urinary incontinence. An annotated evaluation of non-surgical therapeutic options. <http://www.uibno/isf/people/doc/inkter.htm>