

# Urologie: Incontinence urinaire – Quand quel traitement?

Tobias Zellweger<sup>a</sup>, Thomas Gasser<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Urologische Abteilung, St. Claraspital, Basel, <sup>b</sup> Urologische Universitätsklinik beider Basel, Kantonsspital Liestal

## Introduction

L'incontinence urinaire est la perte involontaire d'urine. En Suisse, les enquêtes révèlent que 10–20% de la population souffrent d'une incontinence exigeant un traitement, ce qui lui confère une grande importance socioéconomique, et pas seulement médicale. Mais elle est toujours fortement tabou. L'incontinence est la cause la plus fréquente d'admission dans un home. Toutes les classes d'âge sont concernées, mais son incidence augmente nettement avec l'âge.

De très nombreuses nouvelles techniques chirurgicales et de nouveaux médicaments ont été introduits ces deux dernières années en Suisse pour le traitement de l'incontinence. Pour les médecins de premier recours, qui ne sont pas confrontés tous les jours à cette problématique, il est devenu de plus en plus difficile d'en garder une vision globale. C'est pour cette raison que nous avons pris la décision de consacrer le «highlight» urologique de cette année à ce sujet. L'aperçu qui suit veut apporter sa contribution à la pratique clinique courante.

## Formes d'incontinence

- Incontinence d'*urgence*: perte d'urine sur miction impérieuse impossible à contenir (vessie hyperactive).
- Incontinence d'*effort* (auparavant incontinence de *stress*): perte d'urine sous effort physique (occlusion insuffisante de l'urètre).
- Incontinence par *débordement*: perte d'urine lorsque la vessie est trop pleine suite à une obstruction infravésicale ou à une musculature du détrusor hypocontractile, ou les deux ensemble.
- Incontinence *réflexe*: perte d'urine sur contractions involontaires du détrusor dans les pathologies neurologiques.
- Incontinence *extra-urétrale*: perte d'urine en cas de fistules et de malformations (rare).

## Remarque

Il y a souvent les symptômes d'une incontinence à la fois d'urgence et d'effort, ce que nous appelons incontinence *mixte*.

## Diagnostic

Une analyse consciencieuse de l'incontinence urinaire est à la base de tout traitement.

## Anamnèse

### Spécifique

Quelques questions bien précises permettent la plupart du temps de classer l'incontinence dans l'une des formes ci-dessus: de quand date-t-elle? Quelle est sa fréquence? Diurne ou nocturne? Volume de la perte d'urine? Besoin de serviettes? De combien? Perte d'urine uniquement en position couchée, ou aussi avec toux, éternuement et rire? Miction impérieuse? Débit urinaire? Douleurs mictionnelles (algurie)? Macrohématurie?

### Générale

Maladies (notamment diabète, alcoolisme, problèmes cardiaques), status après opérations, accidents, radiothérapie, prise de médicaments.

## Examen clinique

Status général et neurologique avec examen gynécologique ou urologique approfondi. Examen du tonus du sphincter anal et du réflexe bulbo-caverneux (contraction du sphincter anal lors de la compression du gland). Test de la toux avec vessie pleine. Dosage du PSA chez l'homme (dès 45–50 ans en fonction de l'anamnèse familiale).

## Examen d'urine

Exclusion d'une infection urinaire. Microhématurie? (secondaire à un carcinome vésical in situ).

## Echographie

Pour mesurer le résidu vésical (obligatoire pour toute investigation d'une incontinence): si >100 ml, examen par spécialiste obligatoire.

## Cystoscopie avec cytologie du rinçage vésical

Surtout si symptomatologie d'urgence, infections urinaires à répétition et/ou microhématurie pour exclure une tumeur ou des calculs vésicaux.

## Cystomanométrie et cystographie

Evt (pour préciser la classification en cas de résultats douteux).

## Traitement

Il est toujours fonction de la forme d'incontinence dont il s'agit. Il faut tout d'abord épuiser toutes les possibilités conservatrices. Une association synergique de différentes stratégies de traitement est possible dans la plupart des cas.

De simples mesures sont souvent efficaces (restriction liquidienne le soir, prise du diurétique le matin au lieu du soir, etc.). En cas d'échec du traitement conservateur ou de doutes, les patients doivent être adressés au spécialiste, car dans de tels cas des examens et traitements invasifs s'avèrent souvent nécessaires.

### Incontinence d'urgence

#### Femmes

Exclusion (ou traitement) d'une infection urinaire, exclusion (ou traitement) d'un calcul ou d'une tumeur vésicale, training de la boisson et de la miction, médicaments relaxant le détrusor (tab. 1 ↻), œstrogènes topiques, psychothérapie de soutien, neuromodulation (tab. 2 ↻), injection de toxine botulique de type A dans le détrusor (tab. 2).

#### Hommes

Exclusion (ou traitement) d'une infection urinaire, exclusion (ou traitement) d'un calcul ou d'une tumeur vésicale, training de la boisson et de la miction, médicaments relaxant le détrusor (uniquement après exclusion d'une obstruction infravésicale!), psychothérapie de soutien, neuromodulation (tab. 2), injection de toxine botulique de type A dans le détrusor (tab. 2).

### Remarque à propos des anticholinergiques (relaxant le détrusor)

Il y a le choix parmi cinq médicaments (tab. 1) ayant des sélectivités différentes pour l'un des sous-types de récepteurs muscariniques. Malgré cette différence théorique, des études cliniques indépendantes ont montré que ces médicaments sont comparables en matière d'efficacité et d'incidence d'effets indésirables. Une posologie progressive est généralement recommandée pour évaluer leur tolérance.

### Incontinence d'effort

#### Femmes

Physiothérapie (tonification du plancher pelvien, biofeedback, évt électrostimulation), médicaments tonifiant le sphincter (tab. 1), œstrogènes topiques, pose d'un diaphragme, suspension par anse (TVT, TOT), colposuspension (tab. 2).

#### Hommes

Physiothérapie (tonification du plancher pelvien, biofeedback, évt électrostimulation), médicaments tonifiant le sphincter (tab. 1), injections périurétrales (tab. 2), prothèse sphinctérienne (tab. 2).

### Remarque sur l'incontinence d'effort chez l'homme

Elle est rare (en général après opérations) et doit faire l'objet d'examen urologiques.

Tableau 1. Options de traitement médicamenteux de l'incontinence.

Effet/ Classe thérapeutique	Principe actif	Nom déposé	Dose journalière maximale	Effets indésirables typiques
A Relaxation du détrusor				
Anticholinergiques	Oxybutynine <sup>1</sup>	Ditropan® Lyrinel®	3× 5 mg	Xérostomie, Constipation, Troubles visuels, Obnubilation
	Chlorure de trospium <sup>1</sup>	Spasmo-Urgénine® Neo	2× 20 mg	
	Toltérodine <sup>1</sup>	Detrusitol®	1× 4 mg	
	Solifénacine <sup>1</sup>	Vesicare®	1× 10 mg	
	Darifénacine <sup>1</sup>	Emselex®	1× 15 mg	
Spasmolytiques	Flavoxate	Urispas®	3× 200 mg	
B Tonification du détrusor				
Parasympathomimétiques	Béthanéchol <sup>1</sup>	Myocholine®	4× 25 mg	Bradycardie, Hypotension, Diarrhée
	Bromure de distigmine <sup>1</sup>	Ubretid®	1× 5 mg	
C Relaxation du col vésical				
Alphabloquants	Térazosine <sup>1</sup>	Hytrin®	2× 5 mg	Vertige, Hypotension orthostat, Céphalées
	Alfuzosine	Xatral Uno®	1× 10 mg	
	Tamsulosine	Pradif T®	1× 0,4 mg	
		Omic®	1× 0,4mg	
D Tonification du sphincter				
Agonistes alpha	Midodrine <sup>1,2</sup>	Gutron®	3× 2,5 mg	Hypertension, Prurit, Paresthésies
Inhibiteurs de la recapture de sérotonine-noradrénaline	Duloxétine <sup>1,3</sup>	Yentreve®	2× 40 mg	Nausée, Constipation, Xérostomie

<sup>1</sup> Posologie progressive (pour évaluer la tolérance). <sup>2</sup> Pas admis en Suisse dans cette indication.

<sup>3</sup> Introduction en Suisse dès 2007.

Tableau 2. Options de traitement chirurgical de l'incontinence.

Opération	Groupe cible	Indication	Remarques
Injection périurétrale	Hommes Femmes	Incontinence d'effort	Injection transurétrale de l'obturateur externe par collagène, silicone ou plastique (pas admise aux caisses maladie)
Prothèse sphinctérienne artificielle	Hommes Femmes	Incontinence d'effort	
Suspension par anse (TVT, TOT), colposuspension	Femmes	Incontinence d'effort	Proportion de continence à long terme allant jusqu'à 95%
Neuromodulation sacrée	Femmes Hommes	Incontinence d'urgence Faiblesse du détrusor	Stimulation et modulation de l'innervation périphérique du tractus urinaire distal au niveau S2-S4 Se fait par électrodes de surface ou implantables dans des centres spécialisés
Injection de toxine botulique de type A dans la vessie	Femmes Hommes	Incontinence d'urgence	Pas encore admise en Suisse dans cette indication: uniquement dans des centres spécialisés

Abréviations: TVT = tension-free vaginal tape; TOT = trans-obturator tape

### Incontinence par débordement

#### Femmes

Correction de l'obstruction infravésicale par médicaments (substances relaxant le col vésical, tab. 1) ou opération (urétrotomie) et tonification de la musculature du détrusor (tab. 1).

#### Hommes

Correction de l'obstruction infravésicale par médicaments (substances relaxant le col vésical,

tab. 1) ou opération (résection de la prostate, urétrotomie) et tonification de la musculature du détrusor (tab. 1).

### Incontinence réflexe

D'abord traitement de la maladie neurologique en cause.

### Incontinence extra-urétrale

Traitement chirurgical.

### Références

- Association pour l'urogynécologie et pathologie du plancher pelvien (AUG). Urininkontinenz und hyperaktive Blase bei der Frau (resp. beim Mann) – Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie für den Arzt. Erarbeitet durch die interdisziplinäre Arbeitsgruppe Urologie/Gynäkologie. Schaffhausen: (SGGG); 2005. Broschüren sind erhältlich unter: [www.urogyn.ch](http://www.urogyn.ch).
- Abrahms P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, éditeurs. Incontinence. Paris: Editions 21; 2005.

### Correspondance:

PD Dr Tobias Zellweger  
Urologische Abteilung  
St. Claraspital  
Kleinriehenstrasse 30  
CH-4058 Basel  
[tobias.zellweger@claraspital.ch](mailto:tobias.zellweger@claraspital.ch)