

Incontinence urinaire de la femme

Xavier Deffieux

(Clamart)

Diagnostic du type d'incontinence urinaire

Il existe plusieurs symptômes ou types d'incontinence urinaire chez la femme. Les trois principaux types sont l'incontinence à l'effort, l'incontinence sur urgencies et l'incontinence urinaire mixte.

Incontinence urinaire à l'effort

Incontinence urinaire sur urgencies

Incontinence urinaire mixte

Incontinence urinaire posturale

Enurésie

Incontinence urinaire insensible

Incontinence urinaire per-coïtale

Incontinence urinaire à l'effort masquée



Définition de l'incontinence urinaire à l'effort (IUE)

Pertes involontaires d'urine à l'effort ou lors d'une activité physique, lors de la toux ou d'éternuements, dont se plaint la patiente.

de Tayrac R, Haylen BT, Deffieux X, Hermieu JF, Wagner L, Amarenco G, Labat JJ, Leroi AM, Billecocq S, Letouzey V, Fattou B. [French translation of "An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction" Prog Urol. 2016 Mar;26(4):197-225.

(Pas de besoin concomitant)

(Test à la toux positif : en position gynécologique ou debout)

Pas besoin de catalogue mictionnel si IUE pure et typique

Une pollakiurie diurne de précaution peut être associée à IUE

(maintient d'une vessie faiblement remplie afin d'éviter les épisodes de fuites à l'effort).

Heure	Volume mictionnel	Événement (fuite, urgenturie...)
06 : 50	130 ml	
07 : 45	50 ml	
09 : 15	60 ml	
11 : 30	80 ml	

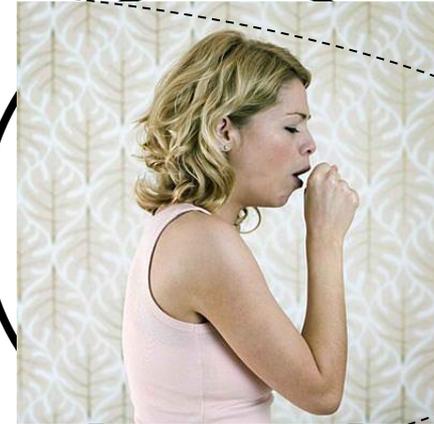


Incontinence urinaire par hyperactivité vésicale



Incontinence urinaire mixte

Incontinence urinaire à l'effort



Urgenturies

Clé dans la serrure (paillason)

Bruit d'eau qui coule

Pieds dans le bac à douche

Mains dans l'eau froide

Toux

Sport

Marche

Port de charge

Orthostatisme

Aucun examen complémentaire ne fait le diagnostic du type d'incontinence



Evaluation de la sévérité de l'IUE

Pad test

Quantification objective



Classification de Stamey

(dérivée de la classification d'Ingelman -Sundberg).

Grade 0	Pas d'incontinence
Grade 1	Incontinence à la toux ou à la poussée
Grade 2	Incontinence aux changements de position ou à la marche
Grade 3	Incontinence totale et permanente



Evaluer la sévérité et le retentissement pour décider de la stratégie thérapeutique

ICIQ-SF

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro du participant					Initiales du participant				

<input type="text"/>						
J	J	M	M	M	A	A

Vous répondez à ce questionnaire le:

Beaucoup de personnes ont des pertes d'urine de temps en temps. Nous essayons de savoir combien personnes ont des pertes d'urine et à quel point cela les gêne. Veuillez répondre aux questions suivantes, pensant à votre cas, en moyenne, au cours des QUATRE DERNIERES SEMAINES.

1 **Votre date de naissance :**

<input type="text"/>					
JOUR		MOIS		ANNEE	

2 **Sexe (cochez la réponse) :**

Femme Homme

3 **A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ? (ne cochez qu'une seule réponse)**

jamais 0
 environ une fois par semaine au maximum 1
 deux à trois fois par semaine 2
 environ une fois par jour 3
 plusieurs fois par jour 4
 tout le temps 5

4 **Nous aimerions savoir quelle est la quantité de vos pertes d'urine, selon votre estimation.**

Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ?

(ne cochez qu'une seule réponse)

nulle 0
 une petit quantité 2
 une quantité moyenne 4
 une grande quantité 6

5 **De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout vraiment beaucoup

Score de l'ICIQ: ajoutez les scores 3+4+5

6 **Quand avez-vous des pertes d'urine ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent à votre cas)**

vous ne perdez jamais d'urine
 vous avez des pertes d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes
 vous avez des pertes d'urine quand vous toussiez ou éternuez
 vous avez des pertes d'urine quand vous dormez
 vous avez des pertes d'urine quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice
 vous avez des pertes d'urine quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillé(e)
 vous avez des pertes d'urine sans cause apparente
 vous avez des pertes d'urine tout le temps

1. **Durant les 4 dernières semaines**, pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez eu des fuites au cours d'efforts physiques :

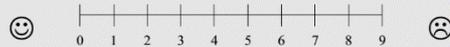
Merci de cocher une case pour chacune des lignes 1a, 1b et 1c.

	Jamais de fuite d'urine	Moins d'une fuite d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par jour
1a. Lors des efforts physiques importants	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1b. Lors des efforts physiques modérés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1c. Lors des efforts physiques légers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 1a + 1b + 1c

SCORE « INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT »



8. Comment décririez-vous votre miction (action d'uriner) habituelle durant ces 4 dernières semaines ?

- | | | | |
|----------------------------|---|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Normale | Nécessité de pousser avec les muscles abdominaux (du ventre) ou miction penchée en avant (ou nécessitant un changement de position) | Nécessité d'appuyer sur le bas ventre avec les mains | Vidange par sonde urinaire |

9. En général, comment décririez-vous votre jet d'urine ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Normal | Jet faible | Goutte à goutte | Vidange par sonde urinaire |

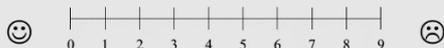
10. En général, comment s'effectue votre miction (action d'uriner) ?

- | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Miction normale et rapide | Miction difficile à débiter puis s'effectuant normalement | Miction débutant facilement mais longue à terminer | Miction très lente du début jusqu'à la fin | Vidange par sonde urinaire |

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 8 + 9 + 10

SCORE « DYSURIE »



IUE HAV Dysurie

Questionnaire USP

2. Combien de fois avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner en raison d'un besoin urgent ?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Jamais | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour |

3. Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de minutes en moyenne pouvez-vous vous retenir ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Plus de 15 minutes | De 6 à 15 minutes | De 1 à 5 minutes | Moins de 1 minute |

4. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Jamais | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour |

4 bis. Dans ces circonstances, quel type de fuites avez-vous ?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Pas de fuites dans cette circonstance | Quelques gouttes | Fuites en petites quantités | Fuites inondantes |

5. Pendant la journée, quel est le temps habituel espaçant deux mictions (action d'uriner) ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Deux heures ou plus | Entre 1 heure et 2 heures | Entre 30 minutes et 1 heure | Moins de 30 minutes |

6. Combien de fois en moyenne avez-vous été réveillé(e) la nuit par un besoin d'uriner ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 0 ou 1 fois | 2 fois | 3 ou 4 fois | Plus de 4 fois |

7. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine en dormant ou vous êtes-vous réveillé(e) mouillé(e) ?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Jamais | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour |

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 2 + 3 + 4 + 4bis + 5 + 6 + 7

SCORE « HYPERACTIVITE VESICALE »



Diagnostic différentiel

Infection urinaire

Incontinence urinaire récente, volontiers sur des besoins urgents et associée à des brûlures mictionnelles.

BU / ECBU en cas de doute

Fistule urinaire et abouchement urétéral ectopique

Fuites permanentes, insensibles, non précédées de besoin, non liées à l'effort

Fistule vésico-vaginale ou uréthro-vaginale

Antécédents évocateurs (chirurgie, accouchement instrumental traumatique, radiothérapie).

Test de remplissage vésical au bleu de méthylène. Cystographie mictionnelle et/ou uroscanner

Dysurie et rétention urinaire



Examen clinique

Diverticule urétral ?



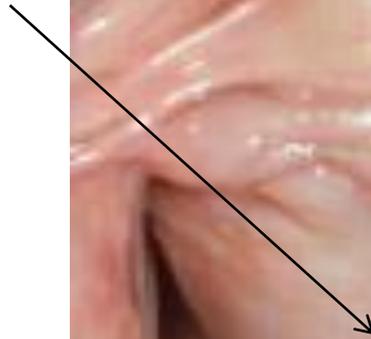
UCRM

TDM/IRM

Si doute fistule
vésico-vaginale



Epreuve de remplissage
vésical au bleu



Test à la toux

Recommandation ICS 2018

ICS Uniform Cough Stress Test

Noter :

- Position
(gynécologique recommandée)
- Remplissage (200-400 ml)
- Nombre effort de toux (1-4)
- Visualisation directe du méat



Etude de la mobilité cervico-urétrale

« Hypermobilité » cervico-urétrale
= facteur de succès des BSU

Q-tip test

« Hypermobilité »

si Q-tip test $> 30^\circ$

Si le coton tige ne bouge pas

= urètre fixé ou immobile

= facteur de risque d'échec des bandelettes sous urétrales



Manoeuvre d'Ulsmten (TVT test)



Soutènement para-urétral bilatéral



Examens complémentaires

Aucun ...

+/- ECBU

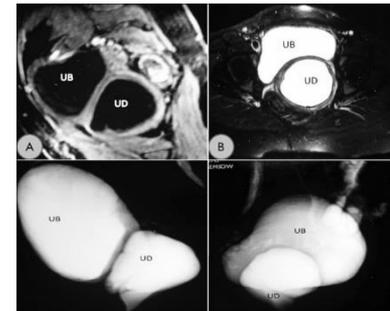
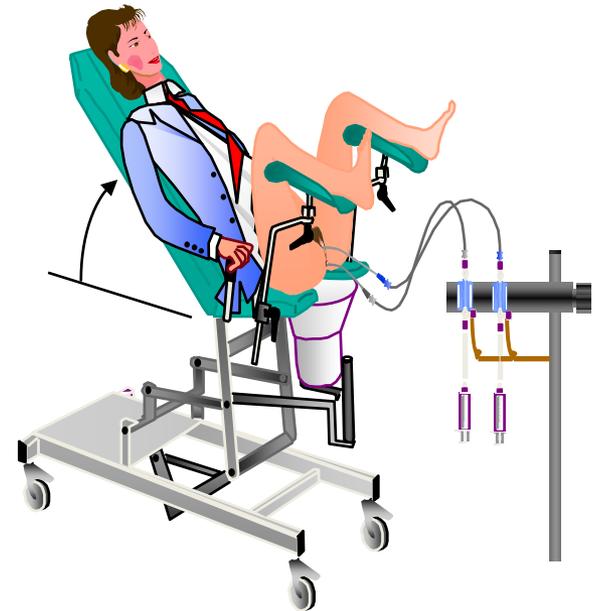
+/- Uréthro-cystoscopie

+/- Echographie vésicale (mesure du résidu post-mictionnel)

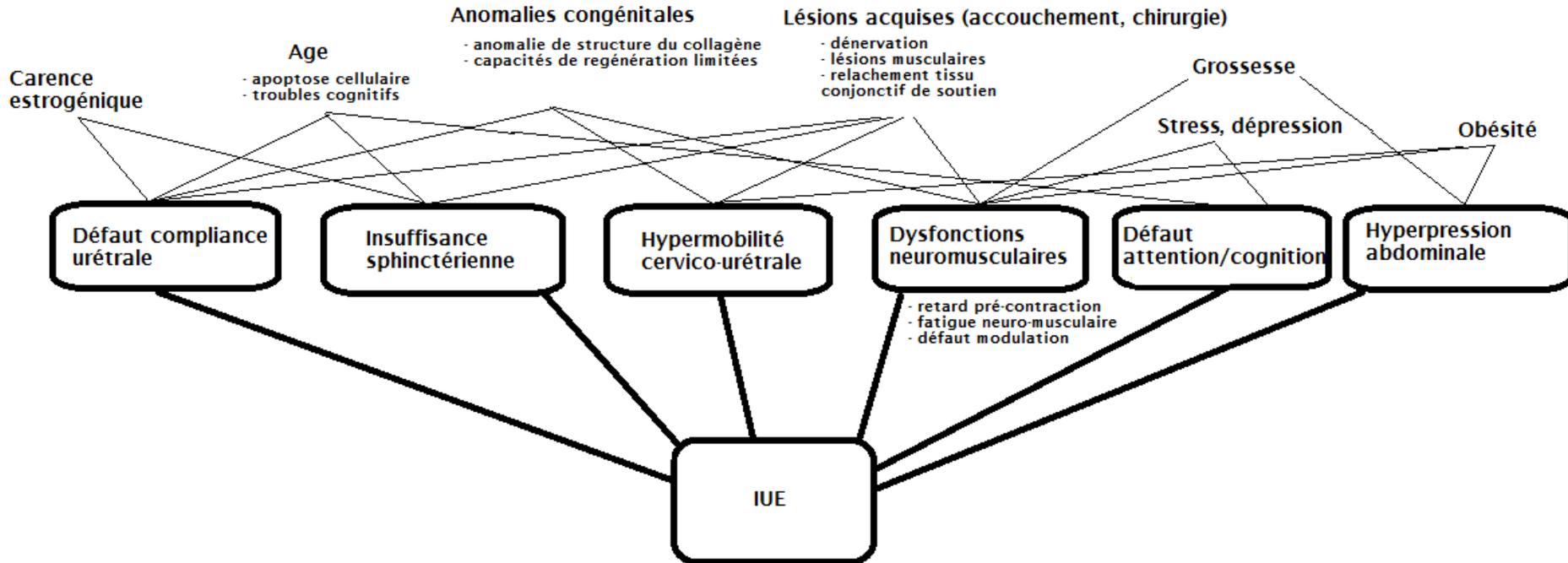
+/- Echographie pelvienne (tumeur utérine ou annexielle ?)

+/- UCRM (uréthro-cystographie rétrograde et mictionnelle)

+/- BUD (si incontinence urinaire atypique, neurologique, chirurgie envisagée)



Facteurs de risque et physiopathologie de l'IUE



IUE

Parler des protections

**Rééducation périnéale
+/- Dispositifs vaginaux soutien urétral
+/- Réduction pondérale**

Guérison

Proposer chirurgie

**Bandelette sous urétrale
ou
Agents de comblement (BULKAMID)
ou
Colposuspension (Burch)**

Guérison

**Discuter chirurgie
de deuxième ligne**

**Après échec
Mobilité cervico-urétrale ?
Insuffisance sphinctérienne (PCUM / VLPP) ?**

**Sphincter artificiel
Ballonnets péri-urétraux**



Protections

Serviettes absorbantes

Changes anatomiques

Sous-vêtements absorbants

Culotte

Change complet (« couche »)

Change complet avec ceinture

Culotte PVC avec poche

intégrée pour les protections

Selon morphologie

Selon importance des fuites

Attention ! la localisation des micro-capteurs est différente selon qu'il s'agisse de couche JOUR ou NUIT

L'épaisseur d'une protection n'est pas proportionnelle à sa capacité d'absorption.

Une protection peut être épaisse par sa cellulose mais avec peu de micro-capteurs.

Ne pas utiliser des protections périodiques (conçues pour absorber le sang des règles) pour l'incontinence urinaire ++



Essayer divers tailles



Rééducation périnéale et IUE

Techniques (voir supplément)

Conseils d'hygiène de vie (réduction pondérale, lutte contre constipation), aide au choix des protections / pessaires

Techniques cognitivo-comportementales

Exercices de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien (PFMc)

Biofeedback (BF)

Electrostimulation (ES)

Autres (rééducation abdominale, co-contractions, statique rachis...)

Prescription de 10 séances, à prolonger si efficace.

C'est le thérapeute (kinésithérapeute ou la sage-femme) qui choisira les techniques à employer et la sonde (ils peuvent prescrire la sonde pour l'ES et le BF)

Evidence based medicine concernant l'efficacité de la rééducation périnéale pour l'IUE

Exercices de contraction musculaire volontaire (PFMc) > 0 traitement NPI

PFMc + biofeedback > PFMc NPI

PFMc guidés par thérapeute > PFMc après simples conseils NPI

PFMc intensifs (> 2/mois) > PFMc « simples » NPI



Rééducation périnéale et IUE

PFMT studies	Treatment time	N (subjects)	N (% lost to follow-up)	% cure	% cure/improved
Bo (1999)	6 months	29	4 (14)	44 (1), 56 (4)	48 (4)
Morkved (2002)	6 months	50	4 (17)	46 (1), 30 (4) 57 (2)	93 (4)
Bo (2000)	6 months	24	4 (8)	6–44 (5)	NR
Berghmans (1996)	4 weeks	20	0 (0)	15 (2)	85 (2)
Miller (1998b)	1 week	27	0 (0)	23 (3)	NR
Hay-Smith (2002) ^a	20 weeks	64	2 (3)	7 (4)	47 (4)
Hay-Smith (2002) ^b	20 weeks	64	3 (5)	2 (4)	41 (4)
Arvonen (2001)	4 months	20	1 (5)	26 (1)	58 (4)
Glavind (1996)	NR (2–3 sessions)	20	5 (25)	20 (1)	NR
Pages (2001)	3 months	27	0 (0)	69 (4)	100 (4)
Bidmead (2002)	14 weeks	40	NR	NR	NR
Sung (2000)	6 weeks	30	NR	NR	NR
Aksac (2003)	8 weeks	20	NR	75 (3)	100 (3)
Finkenhagen (1998)	6 months	38	2 (5)	35 (4)	71 (4)

Taux de « guérison » : 2-44%

Pad test initial : 10-74 g

Pas de critère prédictif de succès

BMC Women's Health



Research article

Open Access

Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review

Patricia B Neumann¹, Karen A Grimmer*² and Yamini Deenadayalan³



Dispositifs vaginaux pour incontinence urinaire

Pessaire « bouton » (Dish ou anneau)

Code LPPR 1196264

Prix approximatif (selon modèles) : 40 euros

Remboursement : 10,14 euros



Diveen®

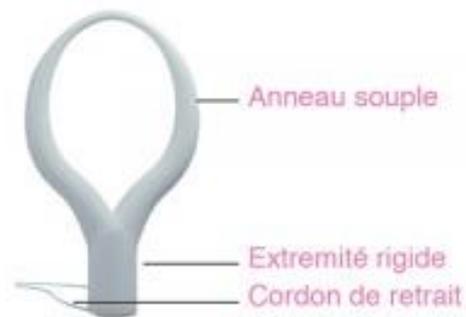
Boite de 5 ou 15 unités

2 tailles disponibles : small et medium

La taille medium est la taille standard

En vente en ligne (site internet B Braun)

Non remboursés



Dispositif	Matériau	Schéma	Applicateur	Utilisation
Anneau mince + Bouton	Silicone		non	Discontinue ou continue
Anneau large + Bouton	Silicone		non	Continue
Dish + Bouton	Silicone		non	Continue
Gehrung + Bouton	Silicone		non	Discontinue
Hodge + Bouton	Silicone		non	Discontinue ou continue
Marland	Silicone		non	Discontinue
Gelhorn (massue)	Silicone		non	Continue
Contrelle®	Polyuréthane		oui	Discontinue
Diveen®	Silicone		oui	Discontinue

La réduction pondérale diminue-t-elle l'IUE ?

I. Le régime et l'activité physique (règles hygiéno-diététiques)

Oui (NP I) Mais ...

	T0	T + 3 mois	T + 12 mois	p
IMC (kg/m ²)	37 ↓	32 ↑	34	
Incontinence urinaire	+++ ↓	++ ↑	+++	NS

Programme de régime chez 57 patientes (BMI ≥30 kg/m²)

[Hunskaar et al, Neurorol urodyn, 2008] [Larsson et al, Int J Obesity, 2004]

II. La chirurgie bariatrique

	T0	T + 6 mois	T + 12 mois	p
IMC (kg/m ²)	49	35 ↓	30 ↓	<0.05
Incontinence urinaire	67%	41% ↓	37% ↓	<0.05

[Burgio et al, Obstet Gynecol, 2007]



Médicaments et IUE

Duloxetine (YENTREVE, CYMBALTA) : beaucoup d'effets secondaires et peu d'efficacité

Arrêt du sport !?!

Pas de preuve que les sports à haut impact soient « délétères »

Tabac, thé, café : pas de preuve

THS et estrogènes locaux (estriol, estradiol, promestriène)

Le THS par voie systémique (per-os ou transdermique) n'améliore pas l'IUE

Les E2 locaux améliorent l'IUU (HAV) mais pas l'IUE

Les E2 locaux améliorent les résultats de la rééducation périnéale

(si ménopause)

Castellani et al, Urologia Int, 2015



Qu'attendre du BUD avant bandelette sous urétrale ?

Débitmétrie simple (le seul examen « recommandé » en pré-opératoire) :

Vérifier miction normale sans résidu (corrélation Q_{max} / risque de rétention)

Débitmétrie avec cystomanométrie per-mictionnelle

Vérifier absence d'hyponcontractilité détrusorienne

Profilométrie urétrale :

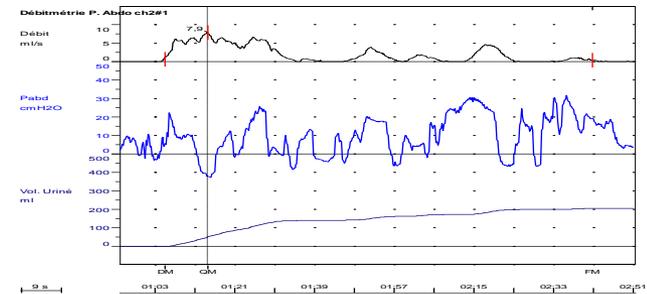
Valeur PCUM (si très basse < 20-30 cmH₂O et associée à une urètre fixé, probable IS)

Choisir type BSU (RP > TO si insuffisance sphinctérienne (IS))

Schierlitz et al, Obstet Gynecol, 2012

Faire un BUD complet (débitmétrie, cystomanométrie, profilométrie) :

Si IUE atypique, « compliquée » (récidive, urètre fixé) ou associée à une IUU



Information des patientes avant BSU

Expectative possible.

Alternatives expliquées (pessaire, autre type de chirurgie).

Montrer le matériel implanté, expliquer la technique de pose.

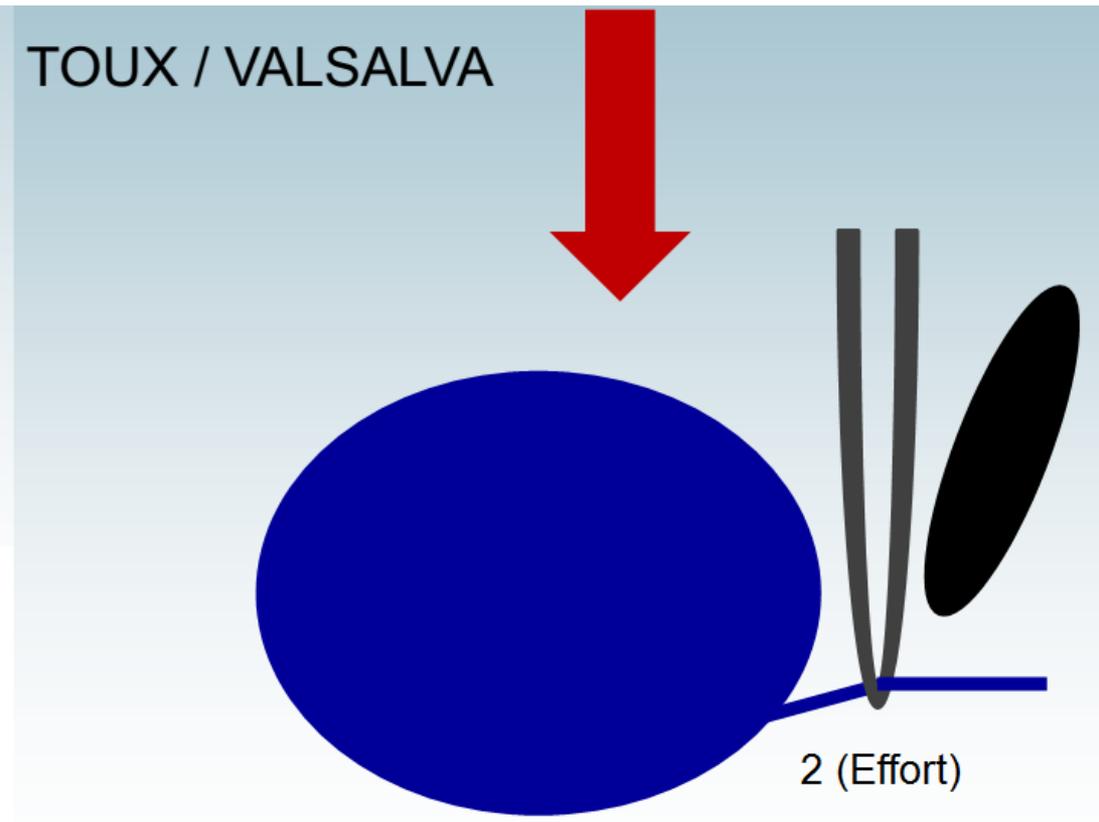
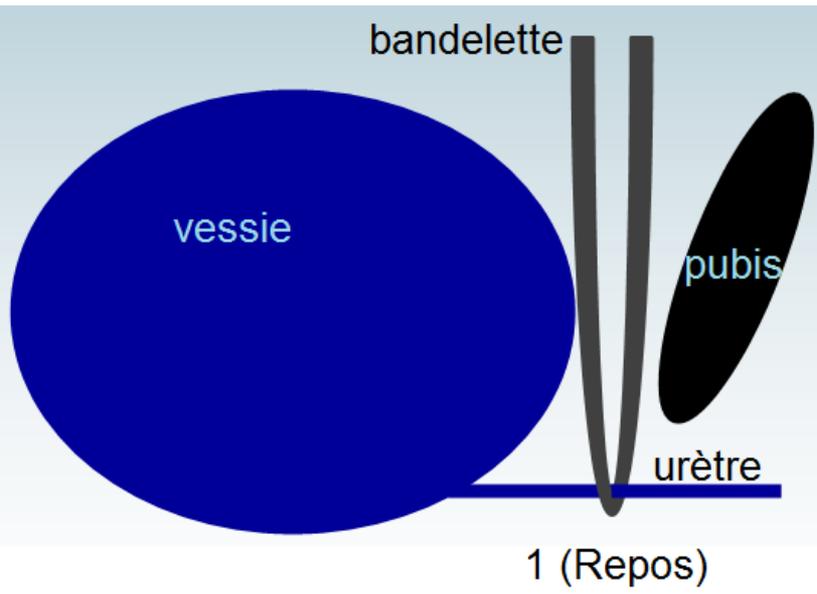
Risques opératoires : échec, récurrence, infection, réintervention, douleurs séquellaires, impossibilité de retirer toute la bandelette, dysurie, rétention, sondage urinaire prolongé, palpé vésicale ou urétrale, décès exceptionnel, complications anesthésiques et thrombo-emboliques, etc.

10-30 jours d'arrêt de travail. Pas de sport / rapport sexuel pendant un mois.

Remettre une fiche d'information CNGOF / AFU (laisser un temps de réflexion)



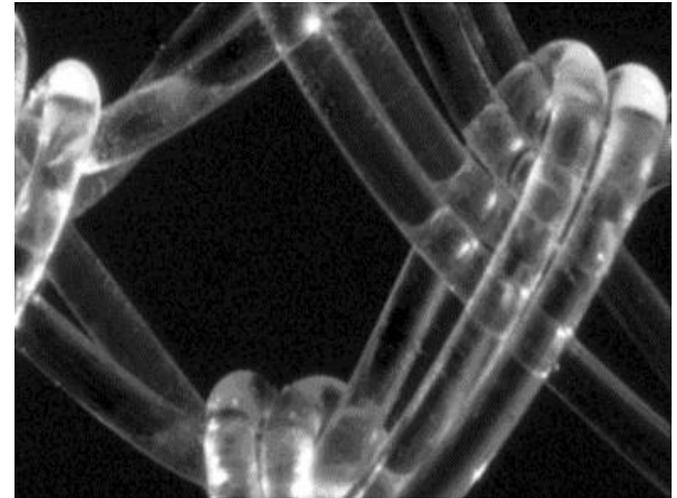
Mécanisme d'action des BSU



Mécanisme d'action des BSU

Type de matériel prothétique

Polypropylène monofilament macroporeux



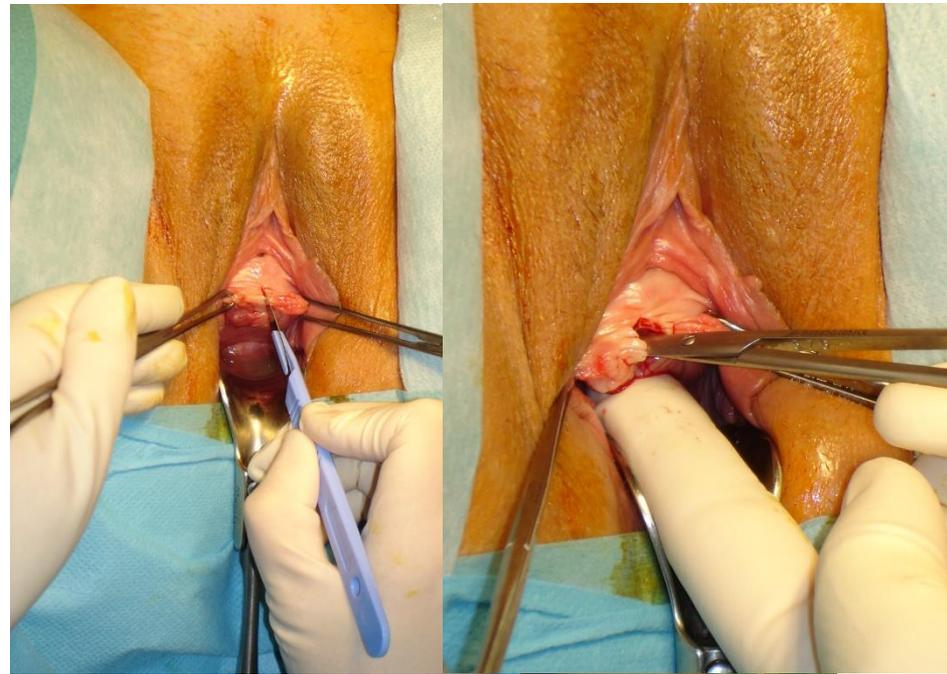
Exposition prothétique ...infection

Mersilene	++	<i>[Williams, 1962]</i>
Marlex	++	<i>[Morgan, 1985]</i>
Silicone	++	<i>[Stanton, BJOG, 1985]</i>
Polypropylene monofilament	1-2%	<i>[Abdel-Fattah, 2006]</i>
Polypropylene multifilament	10-15%	<i>[Balakrishnan, 2007]</i>
Polyester + collagène	10-20%	<i>[Kobashi, J Urol 1999]</i>



Technique de pose des BSU

- Voie RP
- Voie TO



Complications des BSU

En per-opératoire

Plaie vessie (voie RP) : repasser alène. Uréthro-cystoscopie 70° si voie RP

Plaie urétrale

Plaie vaginale (cul-de-sac)

Hémorragie (Retzius, trou obturateur)

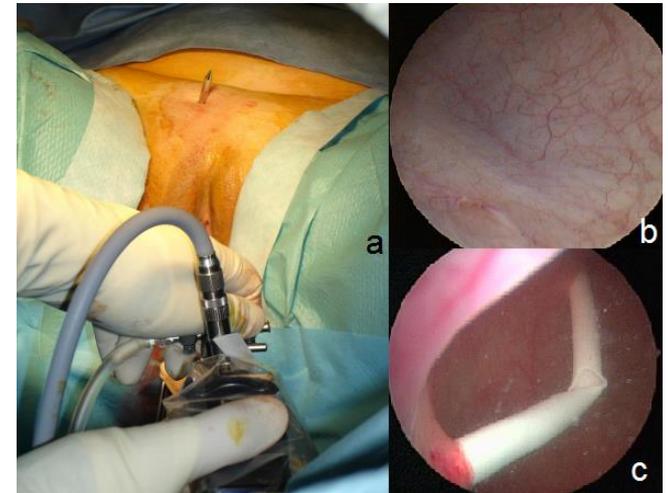
En post-opératoire

Infection

Exposition prothétique vaginale

Douleurs séquellaires (voie TO ++)

Échec, récurrence



	Acte CCAM
Bandelette sous urétrale par voie rétro-pubienne avec uréthro-cystoscopie	JDDB007
Bandelette sous urétrale par voie trans-obturatrice	JDDB005

GHM associés :

- I3C041 : interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, niveau 1
- I3C042 : interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, niveau 2

CRO

Matériorigilance ++

Nom BSU, fabricant , matériel (PP), Numéro de lot



Ambulatoire et BSU

Possible dans 80% des cas

Avant l'intervention

Sélection des patientes (âge, entourage familial, Qmax)

Informers (écrit, oral) la patiente et son médecin traitant

Circuit patient à optimiser

Pendant l'intervention

Anesthésie générale + ropivacaïne en infiltration

Ablation de la sonde à demeure dès le bloc opératoire

Laisser 200-300 ml de sérum physiologique dans la vessie en fin d'intervention



Conclusion IUE

IUE = diagnostic clinique

Evaluer l'impact sur la qualité de vie et la gêne

Pas nécessaire de réaliser un BUD avant de prescrire une rééducation

Rééducation périnéale guidée par un thérapeute ++

Proposer dispositifs vaginaux, protections, réduction pondérale

Bandelette sous urétrale = meilleure balance bénéfice / risque

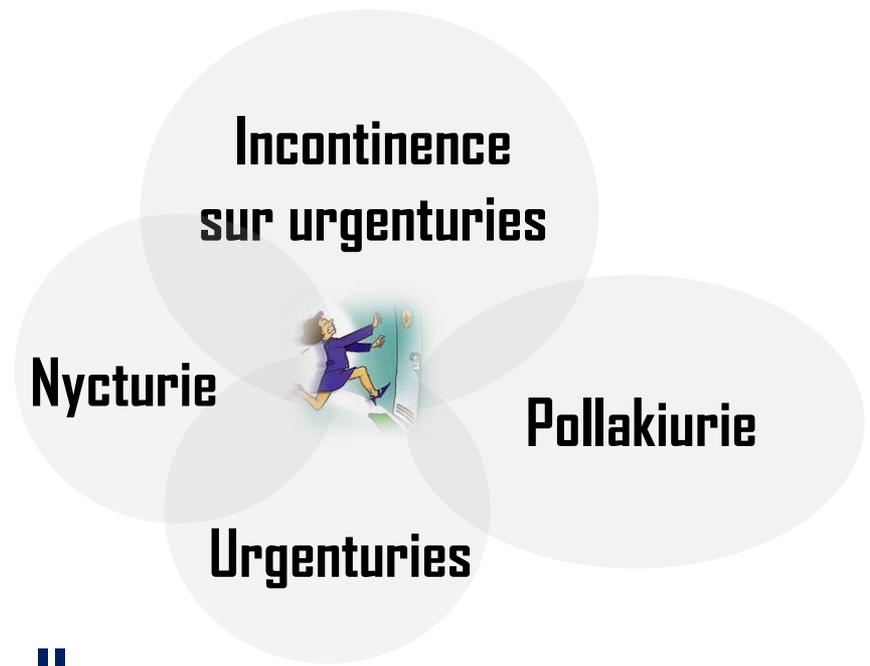
Proposer autres alternatives chirurgicales

Information pré-opératoire des patientes +++



Hyperactivité vésicale

Désir soudain, impossible à différer



Physiopathologie multifactorielle

Hyperactivité détrusor (idiopathique, obstacle, pathologie neurologique)

Cognitif

Dysfonction des tenso-récepteurs vésicaux

Hyperpression abdominale (obésité)

Insuffisance sphinctérienne (orthostatisme)

Bilan maximum ?

Consultation spécialisée neurologue / MPR	23.00€
Consultation spécialisée gynécologue	23.00€
Consultation spécialisée urologue	23.00€
Consultation colo-proctologue	23.00€
Consultation psychologue	23.00€
Catalogue mictionnel	11.00€
Bandelette urinaire	3.00€
Béta hCG plasmatique	19.77€
ECBU + antibiogramme	23.14€
Détection interféron-gamma (QuantiFERON)	25.00€
Cytologie urinaire	10.00€
Echographie abdo-pelvienne	75.60€
Echographie rénale	56.70€
Urétro-cystoscopie	36.00€
IRM médullaire et cérébrale	69.00€
IRM pelvienne	69.00€
UCRM	57.19€
TDM abdomino-pelvien injecté (uroscanner)	50.54€
EMG périnéal	120.96€
Bilan urodynamique	137.88€



928.78 €

+

10 demi-journées

+

désagréments, risques

Interrogatoire et examen clinique génito-urinaire

- Atrophie carencielle, lichen
- Prolapsus génital
- Masse pelvienne (TV / TR)



Catalogue mictionnel

- ◆ Quantification diurèse
- ◆ Sur 3 jours (Grade A)
- ◆ Heure, volume, besoin, urgences, fuites
- ◆ Elimine une polyurie

(volume uriné quotidien > 40ml / kg / jour)

But diagnostique et pour le suivi / évaluation

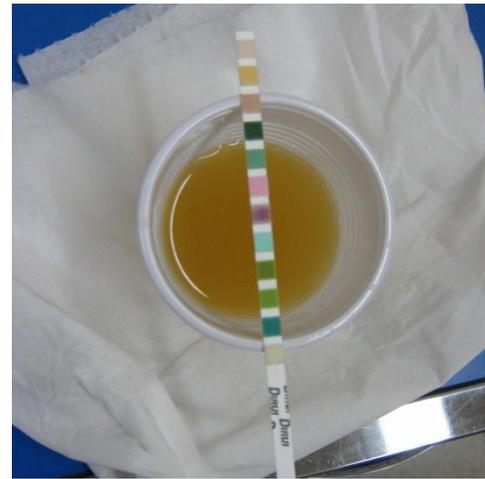
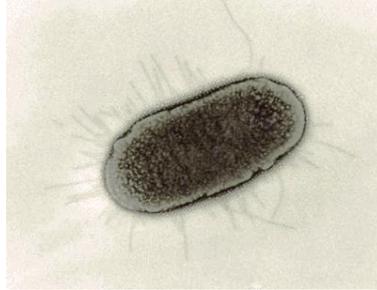
**E.A.U.
(2019)**

**I.C.I.
(2017)**

H	Vol (ml)	B	F
8h	400	++	
10h	200	+	
12h30	150	+++	F
14h	300	++	F
16h	250	++	
18h30	300	++	
21h	300	++	F
22h30	150	+	
23h30	350	+++	F
1h	400	+++	F
3h	300	++	F
5h	250	++	F
6h30	250	+	F

BU

- ◆ Nitrites
- ◆ Leucocytes
- ◆ Sang



Eliminer une infection urinaire

VPN 95-95%

I.C.I.
(2017)

E.A.U.
(2019)

Strong

Mesure résidu post-mictionnel

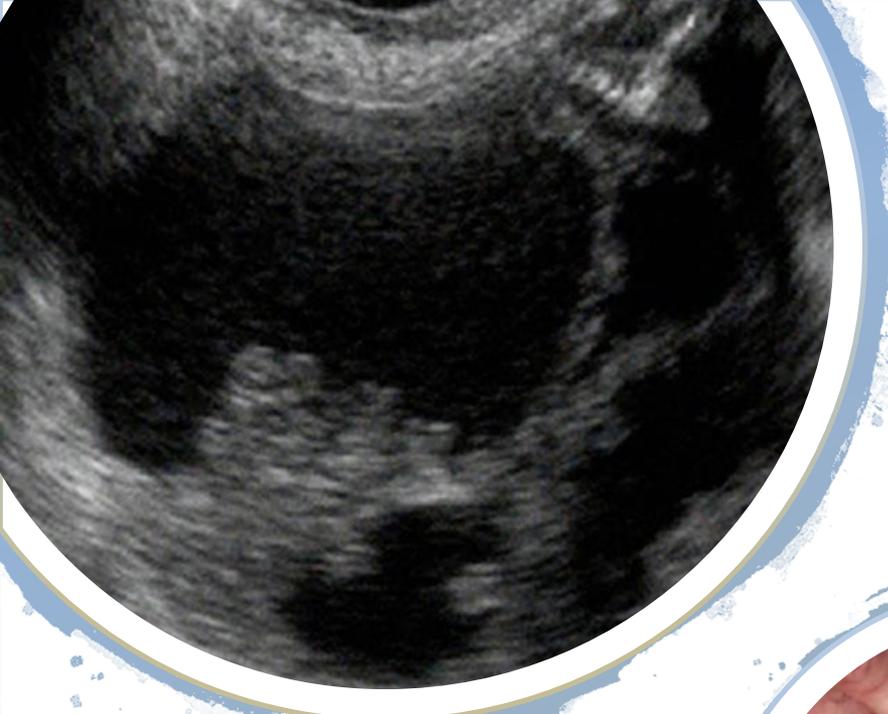
NON SYSTEMATIQUE

RPM recommandé si symptômes de dysurie associés (STRONG)

Préférer la mesure échographique au sondage (STRONG)

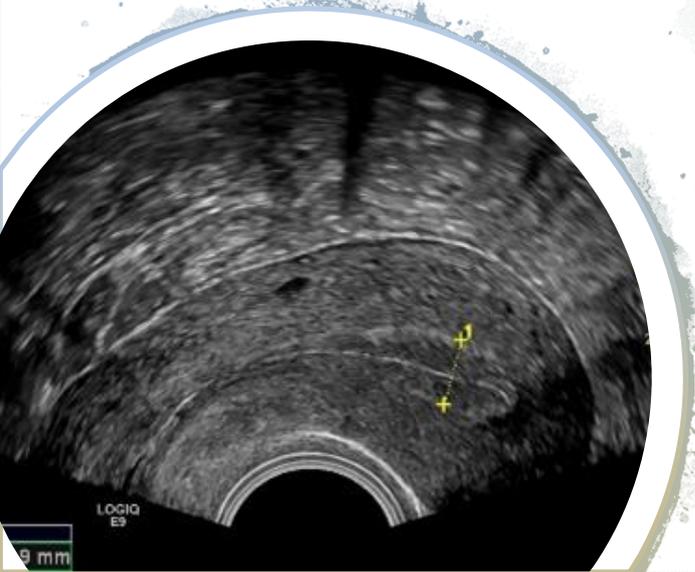
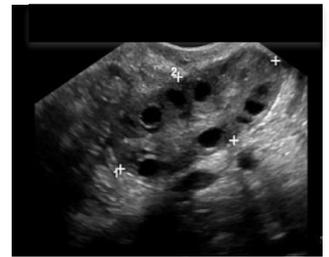
Plusieurs mesures si la première est anormale (Grade C)





Echographie pelvienne

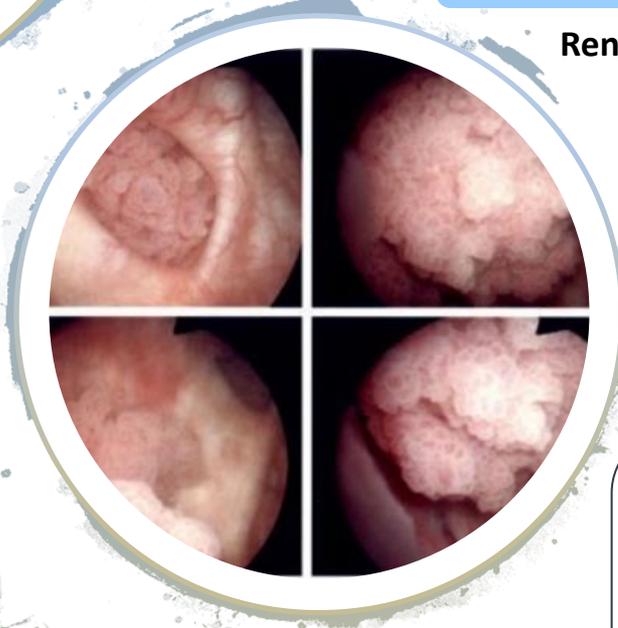
Mauvaise sensibilité de l'examen Clinique
Mais faible prevalence des tumeurs pelviennes



Cystoscopie

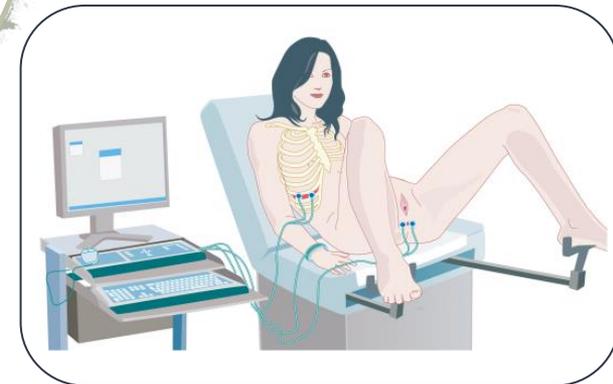
Rendement si HAV réfractaire 1%

Digesu et al, 2013



Urodynamique

Ne fait pas le diagnostic
N' oriente pas la thérapeutique
HAD ≠ pathologie neurologique



Traitement HAV

Traitement

HAV

idiopathique (EAU guidelines 2019)

		Efficacité	Effets secondaires
Réduction pondérale	NP I	+	0
Anticholinergiques	NP I	+	Constipation, bouche seche
Rééducation périnéale	NP I	+	0
Estrogenes (applied into vagina)	NP 3	+	-
Mirabegron (b3 adrenergic agonist)	NP I	+	HTA
Neurostimulation (S3 / PTNS)	NP I	+	+
Botox(detrusor)	NP I	+	+
Tobacco / cafein / water intake		?	0
Chirurgie (dérivation, entérocystoplastie)		+	+++

Hygiène de vie...et HAV

Laissez les vivre !!!

2019



Une activité physique intense n'augmente pas le risque d'IU au cours de la vie (NP3)

Les athlètes ont pas plus d'IU dans leur vie courante (NP3)



La diminution de consommation de caféine n'améliore pas l'IU (NP2)

(mais elle peut diminuer pollakiurie et urgenturies)



Pas de preuve que la diminution des apports hydriques améliore l'IU (NP2)

Pas de preuve que l'arrêt du tabac améliore l'IU (NP4)



Encourager une réduction pondérale (NP1)





Exercices de contraction volontaire du périnée, avec thérapeute (NP 1)

Electrostimulation vaginale



(NP 1)

Estrogènes locaux associés si ménopause

Techniques cognitives et comportementales



(NP 1)

(NP 1)

Correction comportement, déconditionnement en présence du thérapeute

Relaxation, contraction périnéale (rétrocontrôle inhibiteur)

Anticholinergiques

Résultats des essais randomisés (ceux ayant étudié le NNT)

Drug	No. of studies	Patients	Relative risk (95% CI) (of curing UI)	Number needed to treat (95% CI) (to achieve one cure of UI)
Cure of incontinence				
Fesoterodine	2	2,465	1.3 (1.1-1.5)	8 (5-17)
Oxybutynin (includes IR)	4	992	1.7 (1.3-2.1)	9 (6-16)
Propiverine (includes IR)	2	691	1.4 (1.2-1.7)	6 (4-12)
Solifenacin	5	6,304	1.5 (1.4-1.6)	9 (6-17)
Tolterodine (includes IR)	4	3,404	1.2 (1.1-1.4)	12 (8-25)
Tropium (includes IR)	4	2,677	1.7 (1.5-2.0)	9 (7-12)
Discontinuation due to adverse events				
			Relative Risk (95% CI) (of discontinuation)	NNT (95% CI) (of one discontinuation)
Darifenacin	7	3,138	1.2 (0.8-1.8)	
Fesoterodine	4	4,433	2.0 (1.3-3.1)	33 (18-102)
Oxybutynin (includes IR)	5	1,483	1.7 (1.1-2.5)	16 (8-86)
Propiverine (includes IR)	2	1,401	2.6 (1.4-5)	29 (16-77)
Solifenacin	7	9,080	1.3 (1.1-1.7)	78 (39-823)
Tolterodine (includes IR)	10	4,466	1.0 (0.6-1.7)	
Tropium (includes IR)	6	3,936	1.5 (1.1-1.9)	56 (30-228)

Pas de preuve de la supériorité de l'un ou l'autre

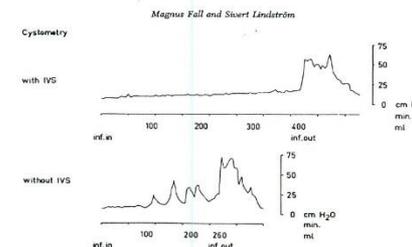
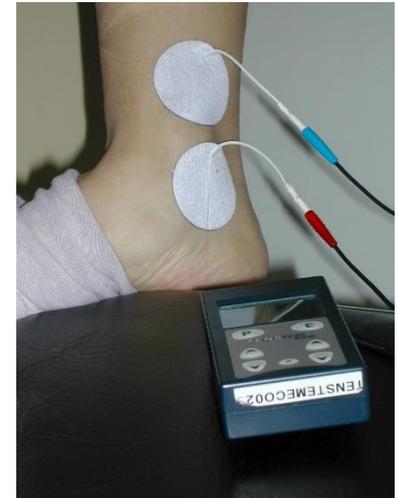
Neuromodulation tibial postérieur

UROSTIM2™ Schwa Medico

Neuromodulation du SPI pour le
traitement de l'hyperactivité vésicale

Caroline Trichot, Géraldine Demoulin,
Thibault Thubert, Xavier Deffieux

Hôpital Antoine Bécère, Clamart

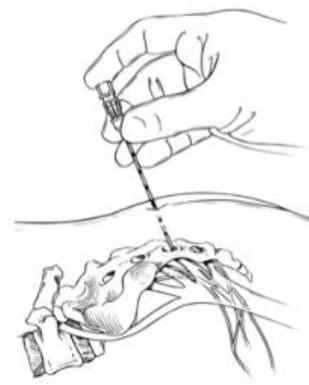
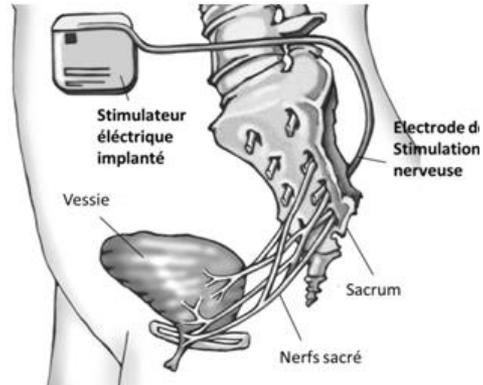


Diminution symptômes HAV 30%
PTNS > placebo
PTNS = anticholinergiques

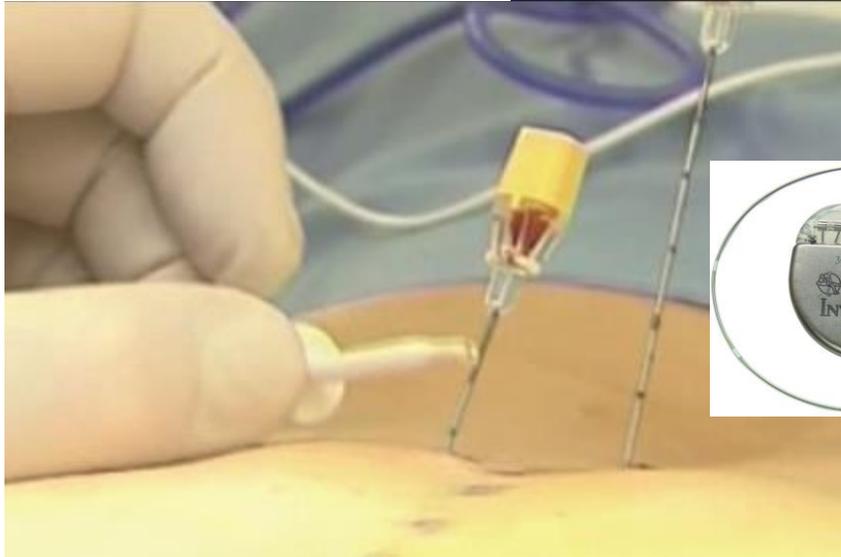
Stewart F et al. Cochrane 2016



Neuromodulation S3

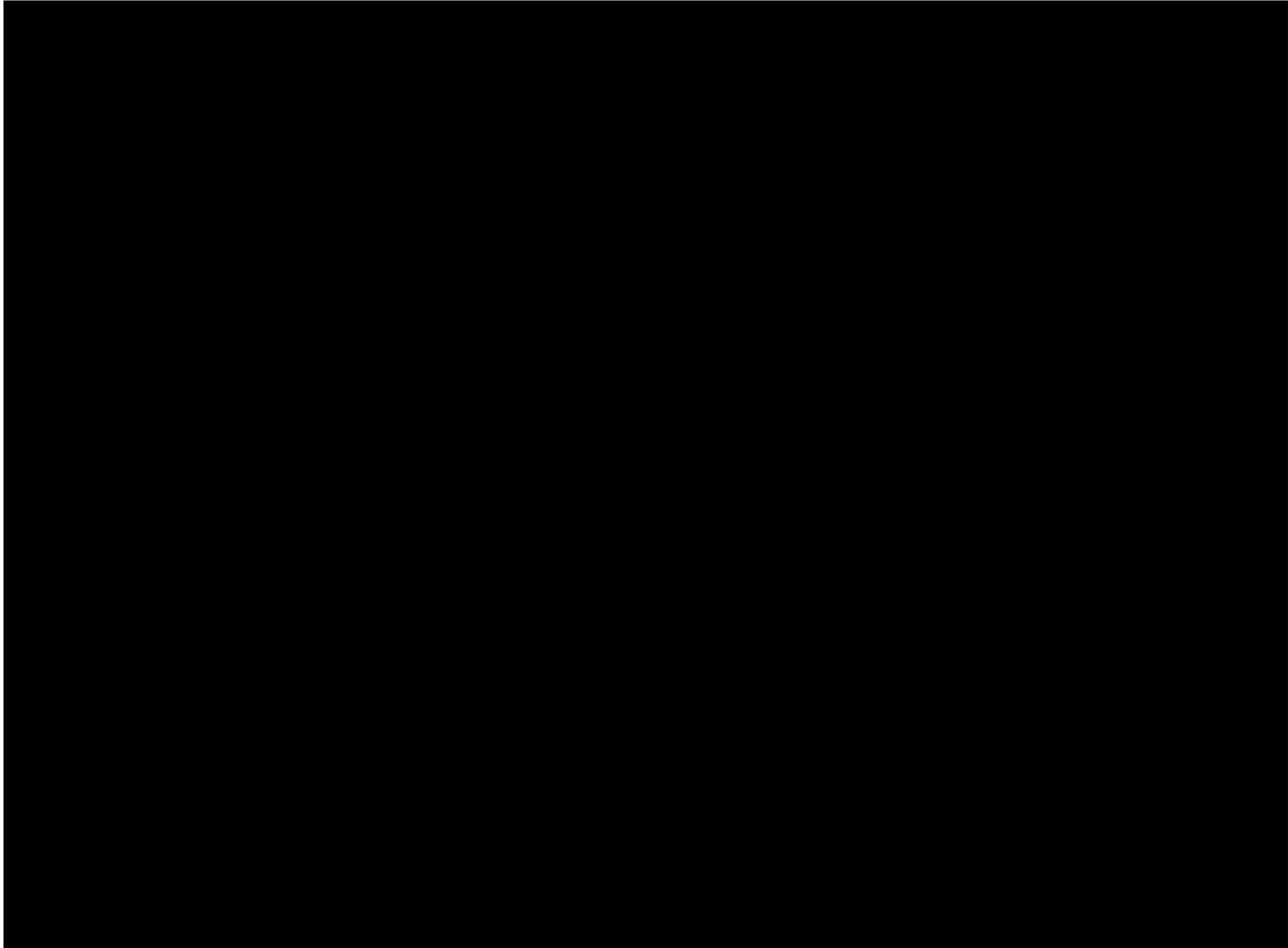


Sacral neurostimulation



NS3 pas plus efficace que Botox à 6 mois de suivi (NP 1b) ROSETTA Trial

BOTOX



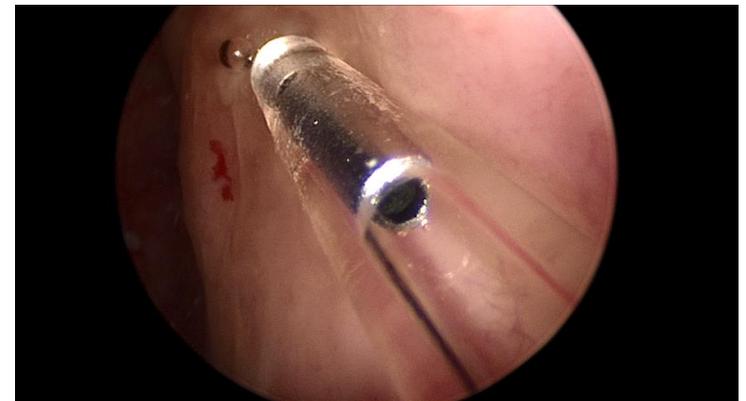
Algorithme thérapeutique IUU / HAV

	+	-
BOTOX	Locale Adaptation dose Effet sur la douleur Population cible (HAS): 70.000 SMR « important »	Auto-sondages (5%) Réinjections
Neuromodulation S3	Effet sur IF Population cible (HAS) : 3.000	Chirurgie (test puis implantation) Complications (30%)
Neuromodulation SPI	Innocuité Possible si RPM	Traitement quotidien Coût

Injections Botox

Intitulé exact de l'AMM

Traitement de l'hyperactivité vésicale idiopathique associée à des symptômes incluant 3 épisodes d'incontinence urinaire avec urgenturie sur 3 jours
Fréquence urinaire définie par un nombre de mictions ≥ 8 par jour
Ne répondant pas de manière adéquate aux anticholinergiques (après 3 mois de traitement) ou intolérants au traitement anticholinergique et ne répondant pas à une kinésithérapie bien conduite



Préparation à l'injection

- Information concernant les risques (rétention, infections sévères, récurrence)
- Apprentissage des auto-sondages (RPM, âge, antcd BSU)
- ECBU
- Antibio prophylaxie (J-1 ; J0 ; J+1)

Injections Botox

Urétro-cystoscope

Souple ou rigide

BETTOCCHI ++

Pied à perfusion 2 m de haut

Sérum physiologique (37°)

Optique 30°



Aiguille

COLOPLAST / LABORIE

22-27 Gauges

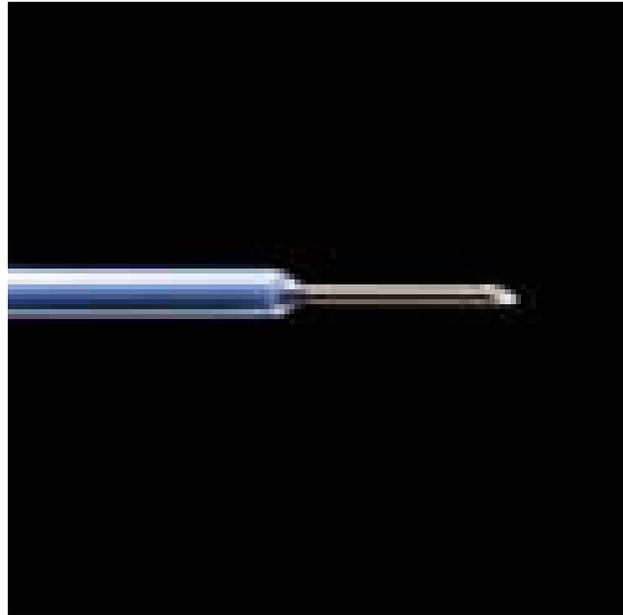
40 cm

Embout 2-4mm

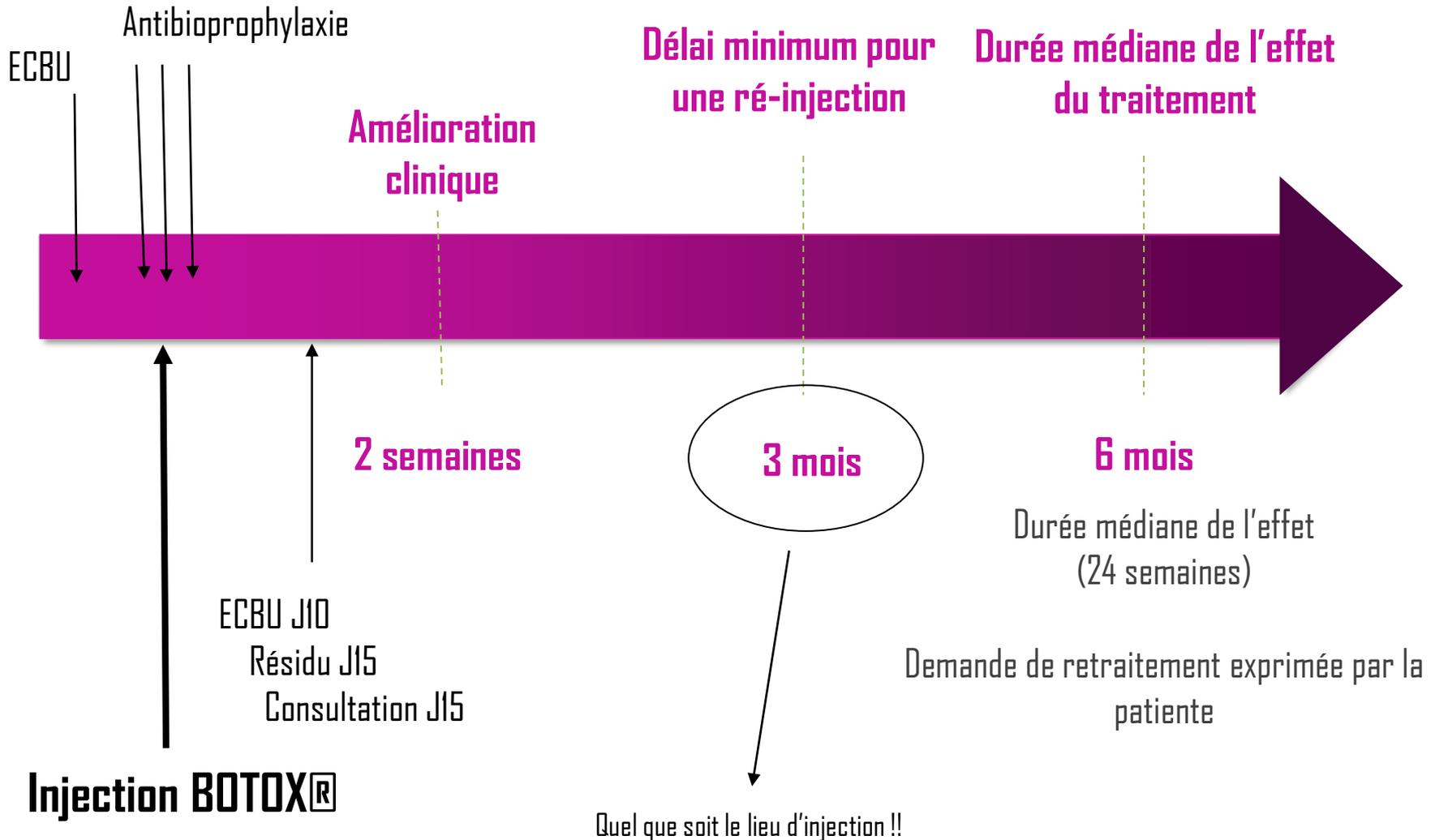
Biseau

Butée

Prix variable



Suivi après première injection



Conclusion IUU

EAU European Association of Urology

Individual Guidelines

2019

Algorithme thérapeutique IUU / HAV

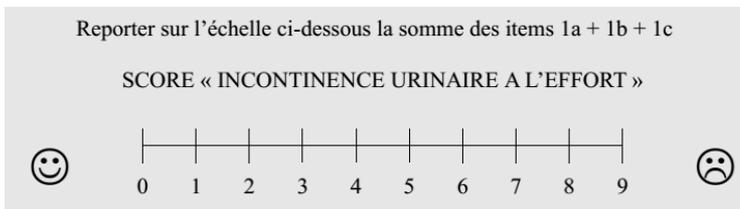
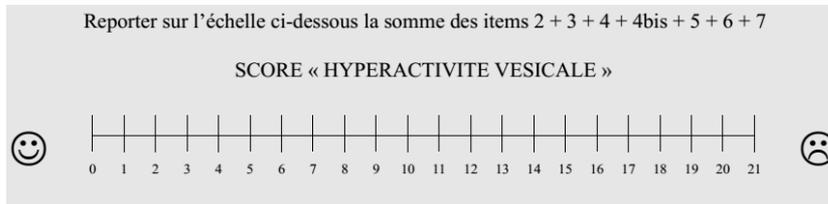
**Echec des traitements
conservateurs**

- 1 **Techniques cognitivo-comportementales (TCC = BT)
Rééducation périnéale (PFMT)**
- 2 **Conseils (apports hydriques, constipation)
Réduction pondérale si surpoids
Couches**
- 3 **PTNS (UROSTIM 2)**
- 4 **Anticholinergiques ou mirabegron**
- ➔ **Bilan urodynamique**
- 5 **BOTOX ou Neuromodulation S3**
- 6 **Entérocystoplastie**

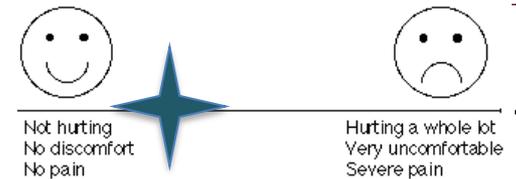


Le cas particulier de l'incontinence urinaire mixte

Recommendations	Strength rating
Treat the most bothersome symptom first in patients with MUI.	Weak



IUU



IUE



IUM



Techniques cognitivo-comportementales (BT)
Rééducation périnéale (PFMT)

1

1

Conseils (apports hydriques, constipation)
Réduction pondérale si surpoids
Dispositifs vaginaux, couches

2

2

IUM IUU ++

IUM IUE ++

3

PTNS (UROSTIM2®)

4

Anticholinergiques ou mirabegron



Echec des traitements conservateurs

Bilan urodynamique

5

BOTOX ou Neuromodulation S3



6

Entérocystoplastie

BSU ou Injections ou Burch

3

Sphincter artificiel ou ballonnet

4