



**RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE**

**Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme  
en médecine générale**

**Argumentaire**

**Mai 2003**

**Service des recommandations professionnelles**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en mai 2003. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

**Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)**

Service Communication

2, avenue du Stade de France 93218 Saint Denis La Plaine Cedex – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2004. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

---

## Sommaire

---

<b>PARTICIPANTS</b> .....	<b>5</b>
<b>MÉTHODE DE TRAVAIL</b> .....	<b>8</b>
<b>I. MÉTHODE GÉNÉRALE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE</b> .....	<b>8</b>
<b>II. RECHERCHE DOCUMENTAIRE</b> .....	<b>9</b>
II.1. SOURCES D'INFORMATIONS.....	9
II.2. STRATÉGIE DE RECHERCHE .....	10
<b>ARGUMENTAIRE</b> .....	<b>13</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>13</b>
<b>II. DÉFINITION ET RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES</b> .....	<b>14</b>
II.1. DÉFINITION .....	14
II.2. PHYSIOLOGIE DE LA VESSIE.....	15
II.3. PHYSIOPATHOLOGIE.....	15
<b>III. FAUT-IL RECHERCHER L'INCONTINENCE URINAIRE ? SI OUI, CHEZ QUELLES FEMMES, DANS QUELLES CIRCONSTANCES ET COMMENT ?</b> .....	<b>17</b>
III.1. FAUT-IL RECHERCHER L'INCONTINENCE URINAIRE ?.....	17
III.2. CHEZ QUELLES FEMMES RECHERCHER UNE INCONTINENCE URINAIRE, ET QUAND ? .....	29
III.3. COMMENT RECHERCHER L'INCONTINENCE URINAIRE ? .....	42
<b>IV. EN PLUS DES ANOMALIES DE LA FONCTION VÉSICO-SPHINCTÉRIENNE, QUELLES SONT LES PATHOLOGIES ORGANIQUES OU LES CAUSES IATROGÈNES QUI PEUVENT DÉCLENCHER OU AGGRAVER UNE INCONTINENCE URINAIRE ?</b> .....	<b>51</b>
IV.1. PATHOLOGIES ORGANIQUES POUVANT DÉCLENCHER OU AGGRAVER UNE INCONTINENCE URINAIRE.....	51
IV.2. CAUSES IATROGÈNES POUVANT DÉCLENCHER OU AGGRAVER UNE INCONTINENCE URINAIRE .	52
IV.3. ERREURS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES .....	52
IV.4. RÉDUCTION DE LA MOBILITÉ, DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX TOILETTES .....	53
IV.5. CONCLUSION.....	55
IV.6. RECOMMANDATION .....	55
<b>V. COMMENT QUANTIFIER LE RETENTISSEMENT D'UNE INCONTINENCE URINAIRE ?</b> ...	<b>55</b>
V.1. ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE L'IMPACT DE L'INCONTINENCE URINAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE	55
<b>VI. UNE FOIS LE DIAGNOSTIC D'INCONTINENCE URINAIRE PORTÉ, QUELLES DÉCISIONS PRENDRE ET QUELLE STRATÉGIE D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PRESCRIRE ?</b> ...	<b>58</b>
VI.1. ÉVALUATION PARACLINIQUE MINIMALE.....	58
VI.2. QUAND FAIRE UNE ÉVALUATION PLUS POUSSÉE ? .....	61
<b>VII. QUELLES SONT LES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME ?</b> .....	<b>63</b>
VII.1. TRAITEMENTS COMPORTEMENTAUX .....	63
VII.2. RÉÉDUCATION PÉRINÉO-SPHINCTÉRIENNE .....	65
VII.3. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE .....	68
VII.4. CHIRURGIE .....	82

VII.5. NEUROMODULATION .....	83
VII.6. SYNTHÈSE DES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DISPONIBLES POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE .....	83
<b>VIII. QUELLE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE ADOPTER EN MÉDECINE GÉNÉRALE ? .....</b>	<b>84</b>
VIII.1. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DANS L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT .....	85
VIII.2. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DANS L'INCONTINENCE URINAIRE PAR IMPÉRIOSITÉ .....	86
VIII.3. STRATÉGIE DANS L'INCONTINENCE URINAIRE MIXTE .....	87
VIII.4. STRATÉGIE DANS L'INCONTINENCE URINAIRE PAR REGORGEMENT .....	88
VIII.5. RECOMMANDATIONS .....	88
<b>IX. QUELLES INFORMATIONS LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE PEUT-IL APPORTER À SA PATIENTE SUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE ? .....</b>	<b>89</b>
IX.1. INFORMATION SUR LA RÉÉDUCATION .....	89
IX.2. INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS ANTICHOLINERGIQUES .....	89
IX.3. INFORMATION SUR LES TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS .....	89
IX.4. CONCLUSION .....	90
IX.5. RECOMMANDATIONS .....	90
<b>X. INCONTINENCE URINAIRE ET PATIENTE ÂGÉE FRAGILISÉE .....</b>	<b>91</b>
X.1. CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE ÂGÉE FRAGILISÉE .....	91
X.2. CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES ASSOCIÉS AU VIEILLISSEMENT QUI PEUVENT FAVORISER L'INCONTINENCE URINAIRE .....	92
X.3. CARACTÉRISTIQUES DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA FEMME ÂGÉE FRAGILISÉE .....	93
X.4. ÉVALUATION DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA PATIENTE ÂGÉE FRAGILISÉE .....	93
X.5. TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA PATIENTE ÂGÉE FRAGILISÉE .....	94
X.6. CONCLUSION .....	96
X.7. RECOMMANDATION .....	96
<b>XI. CONCLUSION GÉNÉRALE ET PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES .....</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXE 1. ÉVALUATION QUANTITATIVE DE L'INCONTINENCE URINAIRE (PAD-TEST) .....</b>	<b>98</b>
<b>ANNEXE 2. EXEMPLES DE CATALOGUES MICTIONNELS.....</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXE 3. COTATION DU TESTING DES MUSCLES RELEVEURS DE L'ANUS.....</b>	<b>102</b>
<b>ANNEXE 4. MODALITÉS DE L'EXAMEN CLINIQUE PRÉCONISÉES PAR L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE .....</b>	<b>103</b>
<b>ANNEXE 5. PROPRIÉTÉS PSYCHOMÉTRIQUES DES ÉCHELLES DE QUALITÉ DE VIE.....</b>	<b>105</b>
<b>ANNEXE 6. INCONTINENCE IMPACT QUESTIONNAIRE-SHORT FORM (IIQ-7) / UROGENITAL DISTRESS INVENTORY-SHORT FORM (UDI-6).....</b>	<b>106</b>
<b>ANNEXE 7. ÉCHELLE MHU : MESURE QUANTITATIVE DES DIFFÉRENTS SYMPTÔMES URINAIRES.....</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXE 8. ÉCHELLE DITROVIE® (VERSION COURTE) .....</b>	<b>108</b>
<b>ANNEXE 9. ÉCHELLE DITROVIE® VERSION LONGUE (24 ITEMS) .....</b>	<b>109</b>
<b>ANNEXE 10. ÉCHELLE CONTILIFE® : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE LIÉE À L'INCONTINENCE URINAIRE.....</b>	<b>112</b>
<b>ANNEXE 11. TECHNIQUES DE RÉÉDUCATION DANS L'INCONTINENCE URINAIRE .....</b>	<b>115</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>116</b>

## **PARTICIPANTS**

---

Les recommandations sur la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale ont été élaborées sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, à la demande de la Direction générale de la santé.

Elles actualisent les recommandations sur la prise en charge de l'incontinence urinaire en médecine générale, publiées par l'Andem en 1995.

Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour participer à leur élaboration :

- Association des sages-femmes enseignantes françaises
- Association française d'urologie
- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie
- Centre de documentation et de recherche en médecine générale
- Collège national des généralistes enseignants
- Société de formation thérapeutique du généraliste
- Société française d'urologie
- Société française de médecine générale
- Société française de médecine physique et réadaptation

La méthode de travail utilisée a été celle décrite dans le guide « Les Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France », publié en 1999 par l'Anaes.

L'ensemble du travail a été coordonné par M<sup>me</sup> le Dr Marie-Christine MIGNON et M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Christine GEFFRIER D'ACREMONT, chefs de projet, sous la direction de M. le D<sup>r</sup> Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M<sup>me</sup> Christine DEVAUX et M<sup>me</sup> Mireille CECCHIN, documentalistes, avec l'aide de M<sup>me</sup> Nathalie HASLIN et M<sup>me</sup> Renée CARDOSO, sous la direction de M<sup>me</sup> Rabia BAZI, responsable du service documentation.

Le secrétariat a été réalisé par M<sup>lle</sup> Laetitia GOURBAIL.

L'Anaes tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

## COMITÉ D'ORGANISATION

---

P<sup>f</sup> Gérard Amarenco, médecine physique et réadaptation, Paris  
D<sup>f</sup> Isabelle de Beco, médecin généraliste, Paris  
M. Jean-Claude Brun, kinésithérapeute, Lavoute-Chilhac  
P<sup>f</sup> Max Budowdki, médecin généraliste, Vincennes

D<sup>f</sup> Annie Catu-Pinault, médecin généraliste, Paris  
D<sup>f</sup> Marie-Christine Mignon, chef de projet, Anaes, Saint-Denis  
P<sup>f</sup> Michel Le Guillou, urologue, Bordeaux  
P<sup>f</sup> François Richard, urologue, Paris  
M<sup>me</sup> Sylvie Schrub, sage-femme, Paris

## GROUPE DE TRAVAIL

---

D<sup>f</sup> Éric Drahi, médecin généraliste, Saint-Jean-de-Braye – président du groupe de travail  
D<sup>f</sup> Ana-Maria Chouillet, épidémiologiste, Nantes – chargé de projet  
D<sup>f</sup> Christine Geffrier d'Acremont, D<sup>f</sup> Marie-Christine Mignon, chefs de projet, Anaes, Saint-Denis

P<sup>f</sup> Gérard Amarenco, médecine physique et réadaptation, Paris  
D<sup>f</sup> Gérard Andreotti, médecin généraliste, La Crau  
D<sup>f</sup> Danièle Camuzeaux, médecin généraliste, Bois-d'Arcy  
M. Patrick Devilliers, kinésithérapeute, Roubaix  
P<sup>f</sup> Régis Gonthier, gériatre, Saint-Étienne

D<sup>f</sup> Jean-Pierre Jacquet, médecin généraliste, Saint-Jean-d'Arvey  
M<sup>me</sup> Sophie Janin, sage-femme, Charbonnière-les-Bains  
D<sup>f</sup> Jean-Jacques Labat, médecine physique et réadaptation, Nantes  
P<sup>f</sup> François Richard, urologue, Paris  
D<sup>f</sup> Nicole Rostan, gynécologue, Pontoise

## GROUPE DE LECTURE

---

D<sup>f</sup> Élisabeth Bachelard-Coppin, médecin généraliste, Bussy-Saint-Georges  
D<sup>f</sup> Patrick Bastien, médecin généraliste, Gérardmer – membre du Conseil scientifique de l'Anaes  
D<sup>f</sup> Pascal Bercegeay, médecin généraliste, Orvault  
D<sup>f</sup> Patrick Bertrand, urologue, Roubaix  
D<sup>f</sup> Marie-Ange Blanchon, gériatre, Saint-Étienne  
D<sup>f</sup> Philippe Bourgeot, gynécologue-obstétricien, Villeneuve-d'Ascq  
M. Claude Braize, kinésithérapeute, Saint-Étienne  
P<sup>f</sup> Jean-Marie Buzelin, urologue, Nantes  
D<sup>f</sup> Crystel Cadaureille, médecin généraliste, Bormes-les-Mimosas  
Dr Jean-Michel Casanova, urologue, Paris  
D<sup>f</sup> Annie Catu-Pinault, médecin généraliste, Paris  
D<sup>f</sup> Jean-Marc Charpentier, médecin généraliste, Montbert  
P<sup>f</sup> Emmanuel Chartier-Kastler, urologue, Paris

D<sup>f</sup> Raphaël Cherbonneau, médecin généraliste, alcoologue, Paris  
M<sup>me</sup> Dominique Daniel, sage-femme, Caen  
D<sup>f</sup> Jean-Dominique Doublet, urologue, Paris  
D<sup>f</sup> Joëlle Fages-Polge, médecin généraliste, Salie-du-Salat  
D<sup>f</sup> Brigitte Fatton, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand  
M<sup>me</sup> Roxane Fornacciari, Afssaps, Saint-Denis  
D<sup>f</sup> Françoise Foulon-Carrez, Afssaps, Saint-Denis  
D<sup>f</sup> Françoise Gaillant, médecin généraliste, Bassens  
D<sup>f</sup> Pierre Gallois, interniste, Macon  
D<sup>f</sup> Jean-Michel Garnier, gynécologue-obstétricien, Saint-Herblain  
D<sup>f</sup> Sylvie Gillier-Poirier, médecin généraliste, Saint-Sébastien-sur-loire  
M<sup>me</sup> Anne-Marie Girardot, sage-femme, Valenciennes

M. Dominique Grosse, kinésithérapeute, Mulhouse

D<sup>r</sup> Claire Grosshans, gériatre-rééducation fonctionnelle, Mulhouse

M. Michel Guerineau, kinésithérapeute, Nantes

D<sup>r</sup> Marie-Françoise Huez-Robert, médecin généraliste, Chambray-lès-Tours

M<sup>me</sup> Paule Inizan-Perdrix, sage-femme, Lyon

P<sup>r</sup> Bernard Jacquetin, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand

D<sup>r</sup> Yves Le Noc, médecin généraliste, Nantes

D<sup>r</sup> Jacques Mermet, gynécologue-obstétricien, Chambéry

D<sup>r</sup> Françoise Pflieger-Gros, homéopathe, Amplepuis

P<sup>r</sup> Gilberte Robain, médecine physique et réadaptation, Ivry-sur-Seine

M<sup>me</sup> Fanny Rusticoni, masseur-kinésithérapeute-rééducateur, Paris

D<sup>r</sup> Patrick Schlageter, médecin généraliste, Marckolsheim

M. Guy Valancogne, kinésithérapeute, Lyon

D<sup>r</sup> Jean-Pierre Vallée, médecin généraliste, Blainville-sur-Orne

D<sup>r</sup> Jacques Wagner-Ballon, médecin généraliste, Joué-lès-Tours

---

## MÉTHODE DE TRAVAIL

---

### I. MÉTHODE GÉNÉRALE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'Anaes. Les sociétés savantes concernées par le thème, réunies au sein du comité d'organisation, ont été consultées pour délimiter le thème de travail, connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet et proposer des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Les recommandations ont été rédigées par le groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis des professionnels consultés.

L'Anaes a constitué un groupe de travail en réunissant des professionnels multidisciplinaires, ayant un mode d'exercice public ou privé, et d'origine géographique variée. Ce groupe de travail comprenait un président, qui en a coordonné les travaux, et un chargé de projet, qui a identifié, sélectionné, analysé et synthétisé la littérature scientifique utilisée pour rédiger l'argumentaire et les recommandations, discutées et élaborées avec le groupe de travail.

Un groupe de lecture, composé selon les mêmes critères que le groupe de travail, a été consulté par courrier et a donné un avis sur le fond et la forme des recommandations, en particulier sur leur lisibilité et leur applicabilité. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail et pris en compte chaque fois que possible dans la rédaction des recommandations.

Les recommandations ont été discutées par le Conseil scientifique, section évaluation, de l'Anaes, et finalisées par le groupe de travail.

Un chef de projet de l'Anaes a coordonné l'ensemble du travail et en a assuré l'encadrement méthodologique.

Une recherche documentaire approfondie a été effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle a été complétée par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques et/ou économiques si besoin. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) ont été explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) ont été recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème ont été consultés. Les recherches initiales ont été mises à jour jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés a permis de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture ont transmis des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.



Le chapitre « Recherche documentaire » présente le détail des sources consultées ainsi que la stratégie de recherche.

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'Anaes (voir *tableau 1* ci-dessous). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

**Tableau 1.** Grade des recommandations.

<b>Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)</b>	<b>Grade des recommandations</b>
<b>Niveau 1</b> Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A  Preuve scientifique établie
<b>Niveau 2</b> Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	B  Présomption scientifique
<b>Niveau 3</b> Études cas-témoins	C
<b>Niveau 4</b> Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	Faible niveau de preuve

Des propositions d'études et d'actions futures ont été formulées par le groupe de travail.

## II. RECHERCHE DOCUMENTAIRE

### II.1. Sources d'informations

#### Bases de données bibliographiques :

- Medline (National Library of Medicine, États-Unis)
- Embase (Elsevier, Pays-Bas)
- Pascal (CNRS-INIST, France)

**Autres sources :**

- *Cochrane Library* (Grande-Bretagne)
- National guideline clearinghouse (État-Unis)
- HTA Database (INAHTA : International Network of Agencies for Health Technology Assessment )
- Sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié
- BDSP : Banque de données en santé publique (France)
- Internet

La recherche a porté sur les types d'étude et sujets définis lors du comité d'organisation avec le chef de projet.

**II.2. Stratégie de recherche**

La stratégie d'interrogation de Medline, Embase et Pascal précise les termes de recherche utilisés pour chaque sujet ou type d'étude et la période de recherche.

Les termes de recherche sont soit des termes issus d'un thesaurus (par exemple descripteurs du MESH pour Medline), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres).

Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ».

Une présentation synthétique sous forme de tableau (voir *tableau 2* ci-dessous) reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de :

- nombre total de références obtenues
- nombre d'articles analysés
- nombre d'articles cités dans la bibliographie finale.

Dans ce tableau, lorsque le champ de recherche n'est pas précisé près du terme utilisé, il s'agit du champ « mot clé ».

**Tableau 2.** Stratégie de recherche documentaire

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
<b>Recommandations</b>		1993-11/2001	101
Étape 1	<i>Urinary incontinence</i> OU <i>Urine incontinence</i> OU <i>Urinary incontinence, stress</i> OU <i>Stress incontinence</i>		
ET			
Étape 2	<i>Guideline*</i> OU <i>Practice guideline</i> OU <i>Health planning guideline</i> OU <i>Recommendation [titre]</i> OU <i>Consensus development conference</i> OU <i>Consensus development conference, NIH</i> OU <i>Consensus conference [titre]</i> OU <i>Consensus statement [titre]</i>		
<b>Méta-analyses, revues de littérature</b>		1993-11/2001	79
Étape 1			
ET			
Étape 3	<i>Meta analysis</i> OU <i>Review literature</i> OU <i>Literature review</i> OU <i>Systematic review</i>		
<b>Analyse de la décision médicale</b>		1993-02/2002	24
Étape 1			
ET			
Étape 4	<i>Medical decision making</i> OU <i>Decision making</i> OU <i>Decision trees</i> OU <i>Decision support techniques</i> OU <i>Decision analysis [titre]</i>		
<b>Facteurs de risque</b>		1995-03/2002	93
Étape 1			
ET			
Étape 5	<i>Risk factor</i> OU <i>Factor*</i> [titre] OU <i>Risk</i> [titre]		
<b>Facteur iatrogène</b>		sans limite	28
Étape 1			
ET			
Étape 6	<i>Iatrogenic disease</i> OU <i>Iatrogen*</i> [titre, résumé]		
<b>Personne âgée fragile ou institutionnalisée</b>		1995-05/2002	105
Étape 1			
ET			
Étape 7	<i>Frail elderly</i> OU <i>Nursing home*</i> OU <i>Residential facilities</i> OU <i>Homes for the aged</i>		
<b>Qualité de vie</b>		1991-02/2002	71
Étape 1			
ET			
Étape 8	<i>Quality of life</i> [titre, descripteur] OU <i>Psycholog*</i> [titre] OU <i>Psychosocial*</i> [titre] OU <i>Social</i> [titre] OU <i>Impact</i> [titre]		
<b>Information de la patiente</b>		1991-02/2002	108
Étape 1			
ET			
Étape 9	<i>Patient education</i> [titre, descripteur] OU <i>Patient information</i> [titre]		
<b>Dépistage</b>		1991-02/2002	55
Étape 1			
ET			
Étape 10	<i>Screening</i> [titre, descripteur] OU <i>Mass Screening</i> OU <i>Questionnaire*</i> [titre]		
<b>Valeur diagnostique des symptômes (dysurie, hématurie, dyspareunie, infections bactériennes, pollakiurie, dyschésie)</b>		sans limite	50
Étape 1			
ET			
Étape 11	<i>Dysuria</i> OU <i>Hematuria</i> OU <i>Dyspareunia</i> OU <i>Bacterial infections</i> OU <i>Dyschesia</i> OU <i>Pollakiuria</i>		

Type d'étude/sujet Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
<b>Valeur diagnostique du bilan urodynamique</b>	1991-04/2002	64
Étape 1 ET		
Étape 12 <i>Urodynamic*</i> [titre, résumé] ET <i>Sensitivity and specificity</i> OU <i>Quality control</i> OU <i>Reference standard*</i> OU <i>Diagnostic error*</i> OU <i>False negative reaction*</i> OU <i>False positive reaction*</i> OU <i>Observer variation</i> OU <i>Reproducibility of result*</i> OU <i>Predictive value of test*</i> OU <i>Reproducibility</i>		
<b>Valeur diagnostique de l'échographie</b>	1991-04/2002	75
Étape 13 <i>Urinary incontinence</i> OU <i>Urinary incontinence, stress</i> OU <i>Bladder OU Urinary tract</i> OU <i>Urinary disorders</i> ET		
Étape 14 <i>Ultrasonography</i>		
<b>Incontinence urinaire et prolapsus</b>	1995-05/2002	98
Étape 1 ET		
Étape 15 <i>Prolapse</i> OU <i>Prolapsus</i>		
<b>Chlorure de trospium : généralités</b>	1966-2002	9
Étape 16 <i>Ceris</i> [titre/résumé] OU <i>trospium</i> [titre/résumé] OU <i>trospium chloride</i> [nom de substance] ET		
Étape 17 <i>Meta analysis</i> OU <i>Review literature</i> OU <i>Literature review</i> OU <i>Systematic review</i> OU <i>Randomized Controlled trial</i> OU <i>Controlled trial</i>		
<b>Comparaison chlorure de trospium/autres traitements pharmacologiques</b>	2000-2002	18
Étape 18 <i>Oxybutynin</i> [titre, résumé, nom de substance] OU ( <i>ditropan</i> OU <i>driptane</i> OU <i>caprilonal</i> OU <i>dridase</i> OU <i>novitropan</i> ) [titre, résumé] OU <i>tolterodine</i> [titre, résumé, nom de substance] OU <i>detrusitol</i> OU <i>urinary tract spasmolytic agent</i> ET <i>Trospium</i> [titre, résumé] OU <i>trospium chloride</i> [nom de substance] OU <i>Ceris</i> [titre, résumé] ET		
Étape 19 <i>controlled clinical trial</i> OU <i>randomized controlled trial</i> OU <i>single-blind method</i> OU <i>single blind procedure</i> OU <i>double-blind method</i> OU <i>double blind procedure</i> OU <i>random allocation</i> OU <i>randomization</i> OU <i>controlled study</i> OU <i>comparative study</i>		
<b>Stratégies thérapeutiques</b>	1970-2003	61
Étape 1 ET		
Étape 20 <i>Decision</i> [titre, résumé] OU <i>strateg*</i> [titre, résumé] OU <i>first intention</i> [titre, résumé] OU <i>secondary intention</i> [titre, résumé] OU <i>short term therapy</i> [titre, résumé] OU <i>long term therapy</i> [titre, résumé] OU <i>first line therapy</i> [titre, résumé] OU <i>step care therapy</i> [titre, résumé] OU <i>stepcare therapy</i> [titre, résumé] OU <i>decision tree</i> OU <i>decision trees</i>		
	<b>Nombre total de références obtenues</b>	1 843
	<b>Nombre total d'articles analysés</b>	621
	<b>Nombre d'articles cités</b>	137

## ARGUMENTAIRE

---

### I. INTRODUCTION

Ces recommandations ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé et sont destinées aux médecins généralistes. Elles peuvent également intéresser les gériatres, les gynécologues, les kinésithérapeutes, les praticiens de médecine physique et de réadaptation et les sages-femmes.

Le thème a été limité à la prise en charge en médecine générale de l'incontinence urinaire de la femme de plus de 15 ans, à l'exclusion de la femme enceinte. Ont également été exclues la prise en charge des incontinenances urinaires liées à des affections neurologiques et l'énurésie. Un chapitre spécifique a été consacré à la patiente âgée fragilisée, en excluant les patientes âgées non valides, qui mériteraient des recommandations spécifiques.

Le groupe de travail a répondu aux questions suivantes :

- Faut-il rechercher l'incontinence urinaire ? Si oui, chez quelles femmes, dans quelles circonstances et comment ?
- En plus des anomalies de la fonction vésico-sphinctérienne, quelles sont les pathologies organiques ou les causes iatrogènes qui peuvent déclencher ou aggraver une incontinence urinaire ?
- Une fois le diagnostic d'incontinence urinaire porté, quelles décisions prendre ?
- Quelle stratégie d'examens complémentaires prescrire ?
- En cas d'incontinence urinaire, comment quantifier le retentissement ?
- Quelles sont les modalités thérapeutiques et quelle stratégie thérapeutique adopter en médecine générale ? Un traitement pharmacologique d'épreuve est-il licite ? Comment ? Chez quelles patientes ?
- Quelles informations le médecin généraliste peut-il apporter à sa patiente sur les traitements de l'incontinence urinaire : rééducation, chirurgie, médicaments ?

Pour répondre à ces questions, ce travail a actualisé les recommandations publiées en 1995 par le précédent groupe de travail de l'Andem sur l' « Évaluation et l'état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte » (1) et la « Prise en charge de l'incontinence urinaire de l'adulte en médecine générale » (2).

Le groupe de travail s'est aussi appuyé sur

- d'autres publications de l'Anaes : deux recommandations « Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques » (3) et « Rééducation dans le cadre du *post-partum* » (4) et une évaluation technologique « Évaluation du TVT (*Tension-free Vaginal Tape*) dans l'incontinence urinaire d'effort féminine » (5) (cf. *tableau 1*) ;
- des documents étrangers sur l'incontinence urinaire de l'adulte (6) (cf. *tableau 1*) ;
- deux enquêtes menées en France, par le Centre de documentation et de recherche en médecine générale (CDRMG) (7) et la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) (8) dans le cadre d'un partenariat

Anaes-sociétés savantes de médecine générale, sur la prévalence de l'incontinence urinaire, les pratiques de dépistage et de prise en charge en médecine générale et les représentations psychosociales de l'incontinence urinaire chez les patientes et chez les médecins (les données complètes de ces deux enquêtes sont disponibles à l'Anaes).

L'argumentaire et les recommandations ont été établis selon la méthodologie proposée par l'Anaes. Chaque article a été analysé selon les principes d'analyse de la littérature afin d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique.

**Tableau 1.** Recommandations analysées dans ce document.

Origine	Intitulé	Recherche systématique de la littérature	Niveaux de preuve et gradations des recommandations	Groupe d'experts pluri-disciplinaires	Relecture et validation externe
Andem FR, 1995 (1)	Évaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte	Oui	Oui	Oui	Oui
AHCPR EU, 1996 (6)	Urinary Incontinence in adults : acute and chronic management	Oui	Oui	Oui	Oui
Anaes FR, 2000 (3)	Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques	Oui	Oui	Oui	Oui
Anaes FR, 2002 (4)	Rééducation dans le cadre du <i>post-partum</i>	Oui	Oui	Oui	Oui

AHCPR (*Agency for Health Care Policy and Research*), Andem (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale), Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), EU États-Unis, FR France

Sur un plan sémantique, les membres du groupe de travail ont choisi de se référer aux symptômes cliniques plutôt qu'aux concepts urodynamiques. Par exemple, les termes de « pollakiurie » et « impériosité » ont été préférés aux termes « instabilité du détrusor » ou « hyperactivité de la vessie ».

## II. DÉFINITION ET RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES

### II.1. Définition

La définition de l'incontinence urinaire retenue est la nouvelle définition proposée par l'*International Continence Society* (ICS) : « toute perte involontaire d'urine dont se plaint le patient » (9).

Cette définition remplace celle de l'ICS de 1988 qui définissait l'incontinence urinaire comme « une perte involontaire d'urine, survenant par le méat urétral, constituant un problème social ou d'hygiène ». Selon l'ICS, la notion de problème social ou d'hygiène faisait référence à l'impact de l'incontinence sur la qualité de vie. Or depuis 1988, des instruments spécifiques d'évaluation de l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie ont été développés (9).

## II.2. Physiologie de la vessie

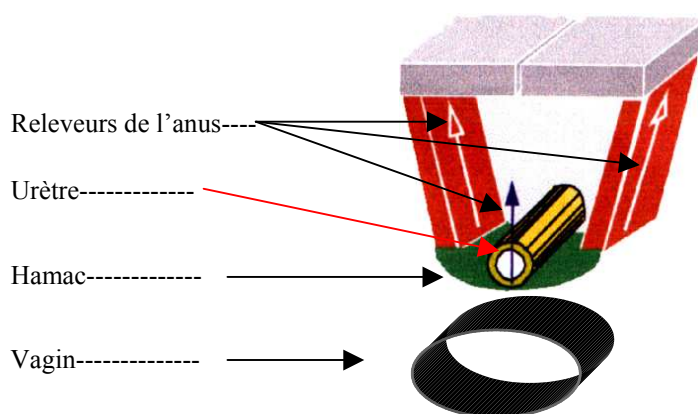
Les fonctions de la vessie sont le stockage et l'élimination de l'urine.

La fonction vésicale est contrôlée à la fois par des phénomènes réflexes et par une commande volontaire d'origine corticale, qui interagissent de façon complexe. Normalement le premier désir de miction apparaît quand le volume d'urine stockée dans la vessie atteint 150-250 ml. Selon l'échelle MHU (mesure du handicap urinaire) détaillée en annexe 7, l'intervalle normal entre deux mictions diurnes est supérieur à deux heures, sans miction la nuit ou avec au maximum une seule miction nocturne (3,10), ce qui aboutit à environ 5 à 7 mictions par jour. Ce chiffre a été confirmé par une enquête épidémiologique transversale réalisée chez 600 femmes danoises tirées au sort parmi la population générale et âgées de 20 à 79 ans (5 à 7 mictions par 24 heures, moyenne : 6,1) (11).

La miction normale associe une relaxation des muscles du plancher pelvien et du sphincter strié, l'ouverture du col vésical et la contraction du détrusor qui permettent l'expulsion de l'urine stockée. La contraction du détrusor est la conséquence de l'activation du système nerveux parasympathique, la stimulation des récepteurs muscarino-cholinergiques étant initiée par l'activation des récepteurs à l'étirement du muscle lisse. La vessie se vide presque complètement avec la miction. Un résidu d'environ 50 ml est considéré normal.

## II.3. Physiopathologie

L'incontinence urinaire résulte d'une rupture de l'équilibre entre les forces d'expulsion (muscle vésical, pression abdominale transmise à la vessie lors d'un effort) et les forces de retenue (plicature uréthro-vésicale, appareil sphinctérien, trophicité de la muqueuse urétrale, mise en tension par la musculature périvésicale des hamacs sous-vésicaux et sous-urétraux, sur lesquels l'urètre s'écrase à l'effort).



**Schéma 1. Mécanisme de fermeture de l'urètre (schéma élaboré par le Pr Buzelin, complété et légendé par le Pr Richard, dans le cadre du groupe de travail)**

**Légende :** La contraction des releveurs de l'anus entraîne une mise en tension vers l'avant et le haut du hamac (situé entre la vessie et l'urètre d'une part et le vagin d'autre part) sur lequel s'écrase l'urètre.

Les formes cliniques les plus fréquentes chez la femme sont l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence urinaire par impériosité, ou enfin l'incontinence urinaire mixte, qui combine les deux types de symptômes.

### II.3.1. Incontinence d'effort

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.

Elle est due le plus souvent à une hypermobilité de l'urètre ou à un déplacement important de l'urètre proximal et du col vésical lorsque la pression intra-abdominale augmente lors d'un effort physique (1,6).

Plus rarement, l'incontinence d'effort est liée à une insuffisance sphinctérienne qui peut être congénitale (myéломéningocèle, abouchement ectopique de l'urètre, défaut d'innervation pelvienne) ou acquise (traumatisme en particulier obstétrical, radiothérapie, lésions neurologiques radiculo-médullaires ou purement périphériques, telle une neuropathie périnéale d'étirement observée au cours des constipations prolongées, des périnées descendants et dans les suites d'accouchements difficiles). Chez la femme, l'insuffisance sphinctérienne peut être associée à l'âge, l'hypo-œstrogénie<sup>1</sup> ou aux deux ; plus rarement à des interventions chirurgicales répétées pour incontinence. Dans ce cas, le sphincter urétral est incapable de résister à une augmentation de la pression vésicale, en particulier à l'effort. Souvent, les patientes présentant une insuffisance intrinsèque du sphincter urétral perdent leurs urines lors d'efforts minimes, voire continuellement (1,6).

### II.3.2. Incontinence par impériosité

L'incontinence par impériosité est caractérisée par la perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent et irrésistible d'uriner aboutissant à une miction ne pouvant être différée. Elle est associée très souvent (mais pas toujours) à une contraction involontaire du détrusor ou « instabilité » du détrusor ou instabilité vésicale, mise en évidence lors de l'examen urodynamique. Bien que l'instabilité du détrusor puisse être associée à une atteinte neurologique, elle est également retrouvée chez des patientes dont l'examen neurologique est normal (1,6).

L'incontinence urinaire par impériosité peut également être le fait d'une instabilité urétrale définie par des variations brutales, paroxystiques, du tonus urétral. Cette instabilité urétrale peut être associée à une instabilité vésicale (instabilité uréto-vésicale) (1).

### II.3.3. Incontinences mixtes

On parle d'incontinence mixte quand les deux types de symptômes coexistent. Souvent un des types de symptômes est plus gênant que l'autre pour la patiente. Dans ce cas, il est important de l'identifier, de façon à cibler les investigations diagnostiques et la thérapeutique (6).

---

<sup>1</sup> Le rôle de l'hypo-œstrogénie dans l'apparition de l'incontinence urinaire n'est pas clair. Les données des rares essais cliniques sur l'efficacité de l'œstrogénothérapie par voie locale ou générale dans le traitement de l'incontinence urinaire sont contradictoires (cf. paragraphe VII.4).



Dans ce cadre nosologique peuvent aussi être observées des incontinenes urinaires d'effort « pures » pouvant s'accompagner d'une pollakiurie de sécurité, ne devant pas être considérée comme symptomatique d'une instabilité vésicale (1).

L'incontinence mixte est fréquente chez la femme, surtout la femme âgée. Chez celle-ci l'incontinence urinaire est multifactorielle : instabilité vésicale liée au vieillissement, obstruction fréquente (prolapsus, rigidité urétrale), insuffisance sphinctérienne, diminution de la contractilité vésicale ; les éléments de dysurie associés favorisent l'apparition fréquente d'un résidu post-mictionnel.

#### II.3.4. Autres types d'incontinence

Il existe des incontinenes dues à des étiologies externes à l'appareil urinaire (absence d'anomalies vésico-sphinctériennes). Ce sont les incontinenes dues à des troubles cognitifs, psychiques, métaboliques, à une réduction de la mobilité ou à des causes iatrogènes (1,6). Certaines de ces causes d'incontinence urinaire sont potentiellement réversibles et sont détaillées au paragraphe IV.

#### II.3.5. Cas particulier de l'incontinence urinaire par regorgement

L'incontinence urinaire par regorgement est une perte involontaire d'urine associée à une distension vésicale ou rétention vésicale chronique. Ce type d'incontinence peut avoir une traduction clinique variée, incluant des pertes d'urine involontaires « goutte à goutte » fréquentes voire constantes, des symptômes d'incontinence d'effort ou par impériosité. 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. L'obstacle peut être fonctionnel, secondaire à une dyssynergie vésico-sphinctérienne (contraction inappropriée du sphincter urétral s'accompagnant d'une contraction du détrusor) observée surtout au cours des pathologies médullaires suprasacrées (1).

### III. FAUT-IL RECHERCHER L'INCONTINENCE URINAIRE ? SI OUI, CHEZ QUELLES FEMMES, DANS QUELLES CIRCONSTANCES ET COMMENT ?

#### III.1. Faut-il rechercher l'incontinence urinaire ?

Selon le groupe de travail, les arguments en faveur de la recherche active de l'incontinence urinaire sont :

- sa prévalence élevée ;
- l'altération de la qualité de vie qu'elle entraîne ;
- le fait que peu de patientes consultent pour ce motif (beaucoup considèrent que l'incontinence fait partie du vieillissement, la prise en charge diagnostique et thérapeutique est mal connue, le sujet est tabou) ;
- le fait que l'incontinence urinaire peut être symptomatique d'autres pathologies à éliminer (cancer, infection) ;
- l'existence de thérapeutiques efficaces.

### III.1.1. Prévalence de l'incontinence urinaire

Selon les données citées par l'Andem en 1995, la prévalence de l'incontinence urinaire dans la population féminine a été estimée entre 10 et 30 %, soit 3 à 6 millions de femmes. Elle peut être présente même chez une femme jeune mais augmente avec l'âge, pour atteindre 30 à 40 % chez les femmes âgées de plus de 65 ans (1).

Deux études épidémiologiques plus récentes (détaillées dans le *tableau 3*), ont retrouvé des chiffres analogues. Dans la première, l'incontinence urinaire concernait 12,8 % des femmes de 18 à 23 ans, 36,1 % des femmes de 45 à 50 ans, et 35 % des femmes de 70 à 75 ans (12). Dans la seconde la prévalence de l'incontinence urinaire était de 25 % pour l'ensemble de la population féminine étudiée et 8 à 32 % pour les femmes nullipares, prévalence croissante avec l'âge dans ce groupe (13).

Compte tenu du manque de données épidémiologiques françaises sur l'incontinence urinaire, une enquête transversale en médecine générale (enquête d'observation un jour donné auprès de toutes les femmes de plus de 35 ans ou ayant accouché depuis plus de 2 ans vues en consultation ou en visite, pour quelque motif que ce soit) a été réalisée en 2002 sous l'égide du Centre de documentation et de recherche en médecine générale (CDRMG) (7) en réponse à un appel d'offres de l'Anaes afin de faire un « état des lieux » sur :

- la prévalence de l'incontinence urinaire ;
- les relations entre incontinence urinaire et événements de la vie (tels que l'histoire obstétricale)<sup>2</sup> ;
- le retentissement de l'incontinence urinaire au quotidien ;
- les difficultés potentielles pour les femmes à parler simplement de ce problème.

Au total 2 116 femmes ont été incluses dans l'étude et ont répondu à un questionnaire simplifié adapté de l'échelle Contilife® (cf. annexe 10). Les données concernant la prévalence de l'incontinence urinaire ont été analysées selon les 3 hypothèses suivantes, répondant à une interprétation de plus en plus restrictive de la définition de l'ICS.

- Hypothèse 1 : toute femme ayant un signe de fuite urinaire involontaire est incontinente. L'impériosité n'est incluse dans cette définition que lorsqu'elle entraîne des fuites involontaires.
- Hypothèse 2 : toute femme qui se plaint d'incontinence est incontinente, que sa gêne soit importante ou non.
- Hypothèse 3 : toute femme devant utiliser des garnitures du fait de ses symptômes de fuites urinaires est incontinente.

Parmi les 2 116 femmes de l'échantillon, 1 127 femmes avaient une incontinence soit quotidienne, soit occasionnelle, ce qui supposait une prévalence de 53,26 % (hypothèse 1).

Si l'on tenait compte du total de 843 femmes qui se considéraient incontinentes, que la gêne soit ou non importante (hypothèse 2), la prévalence était de 39,83 %.

Si l'on considérait comme incontinentes seulement les 432 qui devaient utiliser des garnitures (hypothèse 3), la prévalence était de 20,4 %.

---

<sup>2</sup> Les résultats sont détaillés au point III.2.2

Donc, la prévalence de l'incontinence urinaire retrouvée dans cette étude prospective chez des femmes de plus de 35 ans ou ayant accouché depuis plus de 2 ans se situe dans une fourchette de 20 à 53 % suivant le degré d'importance de cette incontinence. Ces données ne sont pas totalement extrapolables à l'ensemble de la population française car la population incluse était différente de la population générale : il s'agissait de femmes consultant pour des problèmes de santé en médecine générale et la tranche d'âge 40-59 ans était nettement surreprésentée, alors que la tranche d'âge 20-39 ans était sous-représentée. Cependant, elles confirment l'importance de la prévalence de l'incontinence urinaire dans la population féminine française consultant en médecine générale et l'intérêt de la rechercher dans ce cadre.

### III.1.2. Retentissement sur la qualité de vie

#### — *Impact des symptômes sur la qualité de vie*

Une enquête réalisée par Temml *et al.* (14) chez 1 862 femmes se présentant à des examens de santé gratuits a montré que 67,7 % des femmes souffrant d'incontinence (dont 18 % avaient des symptômes considérés comme modérés à sévères) considéraient que leur pathologie affectait leur qualité de vie.

Une enquête analogue de Brocklehurst (15) n'a retrouvé que 34 % de femmes se disant gênées dans leur vie quotidienne.

L'impact psychologique et l'isolement social associés à l'incontinence chez la femme âgée (65 à 84 ans) ont été décrits dans une enquête cas-témoins par Grimby *et al.* (16) qui ont comparé la qualité de vie des femmes consultant dans un service spécialisé dans l'incontinence urinaire avec celle des femmes du même âge consultant dans d'autres services du même établissement (groupe contrôle) en utilisant un questionnaire de qualité de vie validé, le *Nottingham Health Profile* (NHP), non spécifique de l'incontinence urinaire (cf. paragraphe V.1.1). L'impact psychologique de l'incontinence était plus important chez les femmes souffrant d'incontinence urinaire par impériosité ou d'incontinence mixte (différence significative avec le groupe contrôle) que chez les femmes souffrant d'incontinence urinaire d'effort (différence non significative avec le groupe contrôle). L'impact sur le sommeil n'a été observé que chez les femmes avec des symptômes d'impériosité (différence significative avec le groupe contrôle) mais non chez les femmes présentant une incontinence d'effort. L'isolement social des femmes incontinentes était indépendant du type d'incontinence.

Une enquête réalisée par Kelleher *et al.* (17) chez des femmes envoyées dans un service d'uro-gynécologie pour un bilan urodynamique a montré que 65 à 83 % des femmes présentant une incontinence urinaire se considéraient en bonne santé, mais que 65 à 80 % d'entre elles estimaient que leurs problèmes urinaires avaient un impact sur leur qualité de vie, l'impact variant selon le type d'incontinence : les femmes avec une incontinence urinaire d'effort présentaient des symptômes significativement plus sévères et un retentissement significativement plus important sur leurs activités physiques que les femmes ayant des problèmes d'impériosité, tandis que ces dernières souffraient d'un retentissement de leur incontinence dans toutes les autres composantes de la vie quotidienne prises en compte dans l'étude (activités sociales, personnelles, ressenti émotionnel et sommeil). Au total, la qualité de vie des femmes

avec une incontinence urinaire par impériosité était significativement diminuée par rapport à celles présentant une incontinence urinaire d'effort ( $p < 0,05$ ). Selon les auteurs de l'enquête, la meilleure qualité de vie des femmes souffrant d'une incontinence d'effort s'expliquait par le fait qu'elles pouvaient développer des stratégies pour limiter les inconvénients de leur incontinence urinaire.

Hunnskaar et Vinsnes (18), à partir des résultats d'une enquête chez des femmes consultant dans un centre d'information pour personnes incontinentes, ont montré que les symptômes d'impériosité étaient ressentis comme plus handicapants que ceux de l'incontinence d'effort, quel que soit l'âge, et ce de manière statistiquement significative ( $p < 0,005$ ).

Une enquête réalisée auprès de 460 femmes de plus de 18 ans venues chercher en pharmacie des protections contre l'incontinence urinaire (19) a montré une relation statistiquement significative entre la sévérité de l'incontinence urinaire (sévérité ressentie par la patiente) et le retentissement de cette incontinence sur les activités de la vie courante ( $p < 0,001$ ). La restriction importante des activités quotidiennes était plus souvent mentionnée par les femmes de 18 à 45 ans que par les plus âgées ( $p < 0,001$ ).

L'enquête de Wyman *et al.* (20) a montré également que l'impact psychosocial de l'incontinence urinaire était significativement plus important chez les femmes avec des symptômes d'incontinence par impériosité que chez celles avec des symptômes d'incontinence urinaire d'effort. Dans cette enquête il n'existait qu'une faible corrélation entre l'impact psychosocial, évalué par le questionnaire IIQ, échelle spécifique de qualité de vie pour l'incontinence urinaire (cf. paragraphe V.1.2 et annexe 6) et le nombre de fuites urinaires par semaines ( $r = 0,34$  ou  $0,21$  selon le mécanisme de l'incontinence urinaire) et la quantité d'urine perdue par fuite ( $r = 0,08$  ou  $0,17$  selon le mécanisme de l'IU). Les auteurs de l'étude en ont conclu que la relation entre la perception du retentissement de l'incontinence urinaire et les mesures objectives de sa sévérité est complexe et non proportionnelle.

Cependant, selon une revue non systématisée de la littérature, la différence de retentissement sur la qualité de vie entre incontinence urinaire d'effort et incontinence urinaire par impériosité n'a pas été retrouvée dans toutes les enquêtes épidémiologiques citées par la revue. Les enquêtes qui n'ont pas retrouvé cette différence sont souvent plus anciennes, avec des effectifs plus réduits. Il est également possible que l'âge moyen différent des populations étudiées puisse expliquer ces résultats discordants entre les différentes enquêtes citées (21).

Robinson *et al.* (22) ont cherché une corrélation entre la simple question « ces incidents vous dérangent-ils dans votre vie quotidienne » et la qualité de vie mesurée par deux échelles spécifiques de l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie (IIQ et UDI, cf. paragraphe V.1.2 et annexe 6) dans une étude portant sur 384 femmes déclarant au moins un épisode d'incontinence par semaine durant les 3 derniers mois. Pour la majorité des femmes le handicap était léger (31 % des femmes n'étaient « pas du tout gênées ») mais 37 % déclaraient être très gênées par leur incontinence dans la vie de tous les jours. Il n'existait pas de corrélation significative entre le type des symptômes rapportés et la « gêne » déclarée ni avec les mesures de

qualité de vie. En revanche, c'est le nombre d'épisodes de fuite (plus de deux épisodes de fuite par jour), la quantité d'urine perdue (plus de quelques gouttes ou de plus d'une « petite quantité » par fuite) et le nombre de mictions quotidiennes (diurnes ou nocturnes) qui retentissaient le plus sur la qualité de vie.

Fourcade *et al.*, dans une enquête de population, ont rapporté que 1/4 des femmes souffrant de troubles sévères du bas appareil urinaire présentaient une incontinence urinaire et que 90 % des femmes présentant des troubles urinaires sévères déclaraient être « plutôt » ou « très » ennuyées par leur état. Le nombre moyen de consultations chez un médecin généraliste était plus élevé chez les femmes souffrant d'incontinence urinaire que chez celles n'en souffrant pas ( $p = 0,002$ ), mais 95 % des femmes souffrant d'incontinence urinaire n'avaient pas consulté d'urologue dans les 12 mois précédents, et 85 % des femmes incontinentes déclaraient n'avoir bénéficié d'aucune prescription médicamenteuse à visée urologique au cours des 6 derniers mois (23).

L'étude de Patrick *et al.* (24) a montré également une corrélation entre la qualité de vie et la sévérité des symptômes, et dans celle de Lubeck *et al.* (25) il existait une altération significative de la qualité de vie à partir de 14 fuites par semaine.

Les données détaillées de ces différentes études ou enquêtes sont présentées dans le *tableau 2* ci-après.

L'enquête française du CDRMG a montré que, quelle que soit la définition de l'incontinence urinaire retenue, chez les femmes incontinentes par rapport aux femmes continentes, le pourcentage des activités sportives était significativement diminué, alors que la gêne sexuelle<sup>3</sup> et les autres gênes étaient significativement augmentées (7).

---

<sup>3</sup> L'item « gêne sexuelle » a été assez mal renseigné : le nombre de données manquantes est important sans que l'on puisse savoir si cette insuffisance est liée aux investigateurs ou aux patientes.

**Tableau 2.** Impact des symptômes sur la qualité de vie.

Auteur, année	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Moyen d'évaluation	Résultats
Temml <i>et al.</i> , 2000 (14)	Enquête épidémiologique transversale en population générale Questionnaire proposé à toutes les personnes se présentant volontairement à un examen de santé gratuit entre mai 98 et avril 99	Déterminer la prévalence de l'IU et évaluer son impact sur la QdV et la vie sexuelle	2 498 personnes âgées de 20 à 96 ans, dont 1 262 femmes (âge moyen 49,7ans )	B-FLUTS ( <i>Bristol female lower urinary tract symptoms</i> ) questionnaire spécifique des troubles du bas appareil urinaire	26 % des femmes ont déclaré des épisodes d'IU dans les 4 dernières semaines, 66 % d'entre elles mentionnaient une diminution de leur QdV, et 18,3 % ressentaient un handicap modéré ou sévère
Brocklehurst, 1993 (15)	Enquête épidémiologique transversale en population générale sur un échantillon aléatoire de 4 007 sujets vivant chez eux, âgés d'au moins 30 ans, dont 2 124 femmes	Évaluer la prévalence et l'impact psychologique et social de l'IU	297 femmes (14 %) ont déclaré avoir été incontinentes à un moment quelconque de leur vie, 7,5 % dans les 2 derniers mois dont 61 % l'étaient depuis plus de 4 ans	Questionnaire général sur l'impact sur la QdV de différents problèmes de santé (15 questions dont une sur l'IU)	60 % des personnes incontinentes déclaraient être gênées ou ennuyées par leur IU et entre 34 et 45 % déclaraient que leur IU avait changé « considérablement » leur vie quotidienne. L'incontinence était vécue comme un handicap social modéré ou sévère par 37 % des sujets de l'échantillon
Grimby <i>et al.</i> , 1993 (16)	Enquête cas-témoins sur un échantillon de femmes ayant une IU confirmée, sélectionnées parmi un échantillon de 4 206 femmes de 65 à 84 ans sélectionnées à partir des registres d'état civil et ayant répondu à une enquête sur l'IU par courrier, et comparées à un groupe témoin	Évaluer l'impact de l'IU urinaire sur la QdV des femmes âgées	120 femmes d'âge moyen 75,4 ans avec une IU confirmée ( <i>pad-test</i> , catalogue mictionnel, test de provocation à l'effort*)  313 femmes dans le groupe témoin, âgées de 76 ans, originaires de la même communauté urbaine et incluses dans une autre enquête de population réalisée dans le même hôpital	Première partie du <i>Nottingham Health Profile Questionnaire</i> (plus le score est élevé, plus l'impact sur la qualité de vie est important)	Comparaison des scores des femmes incontinentes par rapport aux femmes du groupe témoin (impact psychologique : 15,0 vs 10 p < 0,05 et isolement social : 15,3 vs 7,1 p < 0,001) Score d'impact psychologique plus important chez les femmes ayant une IU par impériosité ou mixte que chez les contrôles (p < 0,05) (différence non significative pour les femmes avec une IUE)

IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, QdV : qualité de vie, \* cf. paragraphe III.3.3

**Tableau 2 (suite).** Impact des symptômes sur la qualité de vie.

Auteur, année	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Moyen d'évaluation	Résultats
Kelleher <i>et al.</i> , 1997 (17)	Enquête épidémiologique transversale chez des patientes adressées à un service d'uro-gynécologie pour un BUD	Élaboration et validation d'un questionnaire spécifique à la QdV dans l'IU ( <i>King's Health Questionnaire</i> ) allant de 0 à 100 (meilleure QdV possible)	293 femmes questionnées par courrier, 285 réponses récupérées le jour de la consultation, âge moyen des femmes répondeuses : 51,4 ans (17 à 85 ans)	Validation des propriétés psychomotrices* du <i>King's Health Questionnaire</i> par comparaison avec le <i>Short form 36</i> chez 193 femmes et avec les données du BUD	État général : score moyen 50 Impact de l'IU = score moyen 66,7 (score d'impact plus élevé chez les femmes souffrant d'une IU par impériosité que chez les femmes souffrant d'une IUE, $p < 0,05$ )
Hunskar et Vinsnes, 1991 (18)	Enquête épidémiologique longitudinale réalisée chez des patientes ambulatoires se présentant à une consultation spécialisée dans l'IU (inclusion par randomisation séquentielle)	Évaluer l'impact de l'IU sur la QdV des femmes selon l'âge, le type de symptôme, la sévérité et l'ancienneté des symptômes	36 femmes âgées de 40 à 60 ans et 40 âgées de plus de 70 ans	<i>Sickness Impact Profile</i> (SIP) pour la QdV et questionnaire symptomatique pour différencier IUE et IU par impériosité	Dans le groupe IUE, les femmes de plus de 70 ans avaient une meilleure QdV que les femmes entre 40 et 60 ans ( $p < 0,05$ ) Pour l'IU par impériosité, pas de différence de QdV en fonction de l'âge Quel que soit l'âge la QdV des femmes avec une IU par impériosité était inférieure à celle des femmes avec une IUE ( $p < 0,005$ ) Diminution de la qualité de vie liée à l'importance des fuites ( $p < 0,005$ ) Pas d'influence de l'ancienneté des symptômes sur la QdV

BUD : bilan urodynamique, IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, QdV : qualité de vie,\*cf. annexe 5

**Tableau 2 (suite)**. Impact des symptômes sur la qualité de vie.

Auteur, année	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Moyen d'évaluation	Résultats
Kinn et Zaar, 1998 (19)	Enquête épidémiologique transversale chez des femmes de plus de 18 ans bénéficiant d'une fourniture gratuite de protections en raison de l'importance de leur IU (questionnaire anonyme remis par les pharmaciens)	Évaluer l'impact de l'IU et l'utilisation de protections	521 réponses reçues, dont 460 analysables  80 % des femmes répondeuses étaient âgées de plus de 45 ans, 60 % de moins de 65 ans 9 % des femmes répondeuses avaient une IU par atteinte neurologique (27 % des femmes incontinentes de 28 à 45 ans avaient une atteinte neurologique)	140 questions (42 sur l'impact de l'IU sur la QdV) Scores de 0 à 3 (3 : gêne maximale)	L'IU sévère était associée à une gêne plus élevée que l'IU modérée dans tous les items de la vie courante pris en compte (interruption des activités, diminution des quantités de boissons, peur des fuites urinaires, anxiété et dépression, difficulté lors des déplacements, etc., $p < 0,001$ pour chaque item) La restriction importante des activités quotidiennes était plus souvent mentionnée par les femmes de 18 à 45 ans que par les plus âgées ( $p < 0,001$ )
Wyman <i>et al.</i> , 1987 (20)	Enquête épidémiologique transversale chez des femmes présentant une IU et participant à un essai clinique sur les traitements comportementaux de l'IU	Évaluer l'impact psychologique de l'IU en relation avec les données du BUD et sévérité de l'IU	69 femmes d'âge moyen 67,8 ans, non institutionnalisées, sans troubles cognitifs au MMSE, dont 22 avec une IU par impériosité	IIQ (QdV), catalogue mictionnel (sévérité de l'IU), BUD (mécanisme de l'IU)	L'impact sur la QdV était plus important pour les femmes avec une IU par impériosité que pour celles avec une IUE ( $p < 0,03$ ) Faible corrélation entre l'impact psychosocial à l'IIQ et le nombre de fuites urinaires par semaine ( $r = 0,34$ ou $0,21$ selon le mécanisme de l'IU) et la quantité d'urine perdue ( $r = 0,08$ ou $0,17$ selon le mécanisme de l'IU) Pas de corrélation entre impact de l'IU sur la QdV et l'âge

IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, QdV : qualité de vie, BUD : bilan urodynamique, IIQ : *Incontinence Impact Questionnaire*, MMSE : *Mini-Mental State Examination*



**Tableau 2 (suite).** Impact des symptômes sur la qualité de vie.

Auteur, année	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Moyen d'évaluation	Résultats
Swithinbank et Abrams, 1999 (21)	Revue de la littérature non systématique	Mise au point sur le concept et la mesure de la QdV dans l'IU	51 articles		Un retentissement sur la QdV plus important pour l'IU par impériosité que pour l'IUE n'est pas retrouvé dans toutes les enquêtes épidémiologiques citées par la revue.
Robinson <i>et al.</i> , 1998 (22)	Enquête épidémiologique transversale réalisée par téléphone chez des sujets âgés de 60 ans ou plus ayant consulté un groupe de généralistes et inclusion des sujets déclarant au moins un épisode de fuite urinaire dans les 3 mois précédents	Évaluer si les symptômes d'IU déclarés par les patients peuvent être un indicateur de leur QdV	1 146 patients appelés, 435 patients incontinents dont 384 femmes	Questionnaires symptomatiques et questionnaires de QdV spécifiques à l'IU (IIQ, version courte et UDI)	La question « Pensez-vous que ces pertes accidentelles d'urines soient un problème interférant avec vos activités quotidiennes ou qui vous gêne d'une autre manière » était corrélée avec une altération de la QdV ( $r = 0,69$ pour l'IIQ et $0,67$ pour l'UDI) L'altération de la QdV (soit à l'IIQ, soit à l'UDI, soit à une réponse positive à la question ci-dessus, soit aux 3) était significativement corrélée à des pertes d'urine dans les 3 mois précédents, à la fréquence des pertes, à la perte d'une quantité importante d'urine à chaque fois, au nombre de mictions par jour et par nuit

IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, QdV : qualité de vie, BUD : bilan urodynamique, IIQ : *Incontinence Impact Questionnaire*, UDI : *Urogenital Distress Inventory* (cf. annexe 6)

**Tableau 2 (suite et fin).** Impact des symptômes sur la qualité de vie.

Auteur, année	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Moyen d'évaluation	Résultats
Fourcade <i>et al.</i> , 2002 (23)	Enquête épidémiologique transversale en population générale, réalisée par courrier auprès de sujets sélectionnés à partir des listes électorales	Estimer la prévalence des troubles du bas appareil urinaire et de l'IU chez des hommes et des femmes âgés de 40-79 ans	Enquête adressée à 4 500 hommes et à leurs compagnes, avec 27 % de réponses (1 216 hommes et 591 femmes)	Score d'IU établi à partir des réponses à 4 questions	29 % des femmes souffraient d'IU, 5,4 % avaient une forme sévère, 90 % des femmes présentant des troubles du bas appareil urinaire sévère ont déclaré être plutôt ou très ennuyées par leurs symptômes urinaires
Patrick <i>et al.</i> , 1999 (24)	Étude de validation d'un questionnaire de QdV dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée contre placebo de la duloxetine, médicament en cours d'évaluation dans l'IU	Validation des propriétés psychométriques* du I-QOL questionnaire spécifique à la QdV dans l'IU, comparé au <i>Short Form 36</i> (questionnaire générique de QdV)	141 patientes avec une IUE, 147 avec une IU mixte	I-QOL- <i>Short Form 36</i>	Dans cette étude, l'I-QOL a fait la preuve de sa validité, de son caractère reproductible, et de sa sensibilité au changement. La QdV mesurée par l'I-QOL était significativement diminuée par l'augmentation du nombre d'épisodes d'IU ou de la quantité d'urine perdue par épisode, ou du nombre de visites médicales liées à l'IU
Lubeck <i>et al.</i> , 1999 (25)	Étude de validation d'un questionnaire de QdV dans le cadre d'une étude non contrôlée de l'oxybutynine (forme LP)	Validation des propriétés psychométriques* de 2 questionnaires spécifiques à la QdV dans l'IU par impériosité (U-IIQ et U-UDI)	257 patients d'âge moyen 59,6 ans dont 235 femmes avec une IU par impériosité (sans atteinte neurologique)	U-IIQ et U-UDI	Dans cette étude, l'U-IIQ et l'U-UDI ont fait la preuve de leur validité, de leur reproductibilité, et de leur sensibilité au changement. La QdV mesurée par l'U-IIQ et l'U-UDI était significativement diminuée chez les patients présentant plus de 14 épisodes d'UI par semaine ( $p < 0,01$ )

IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, QdV : qualité de vie, \* cf. annexe 5, I-QOL : *Incontinence quality of life instrument*, U-IIQ : *Urge Incontinence Impact Questionnaire*, U-UDI : *Urge Urogenital Distress Inventory* (cf. paragraphe V 1)

— *Représentations psychosociales de l'incontinence urinaire*

Une enquête qualitative réalisée sous l'égide de la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) en réponse à un appel d'offres de l'Anaes a étudié les représentations psychosociales de l'incontinence chez 17 patientes non institutionnalisées et chez 11 professionnels de santé (8 médecins généralistes, 4 femmes et 4 hommes, et 3 kinésithérapeutes, 1 homme et 2 femmes) (8).

Préalablement à l'enquête, une analyse de la littérature (essentiellement anglo-saxonne) sur les aspects psychosociologiques de l'incontinence urinaire a été effectuée. La littérature est assez détaillée sur le vécu des patientes (enfermement social, mise en danger du statut professionnel, impact sur la vie sexuelle, perception de l'incontinence urinaire comme une « incompétence sociale ». Elle renseigne également sur les obstacles à la prise en charge liés aux patientes (idée de tabou qui empêche d'en parler, comportements irrationnels pour gérer le symptôme), liés aux médecins (absence de consensus sur la procédure thérapeutique, désintérêt pour le symptôme et banalisation de celui-ci, renoncement à la prise en charge chez les personnes très âgées) ou liés enfin à l'entourage familial et social (moqueries, agacement, dénigrement).

La méthodologie de l'enquête était la suivante :

- observation des interactions soignant-patiente pendant les consultations (au cours desquelles le médecin devait systématiquement poser la question de l'existence éventuelle d'une incontinence urinaire) et pendant les séances de rééducation ;
- entretiens semi-directifs avec les deux groupes (patientes et professionnels) ;
- réalisation de deux *focus groups*\*<sup>4</sup> d'étape avec les professionnels participant à l'enquête, sous la conduite d'un anthropologue et en présence de deux médecins observateurs de la SFTG.

Les techniques d'entretien utilisées étaient qualitatives, visant à saisir, non une distribution statistique du phénomène, mais le point de vue des patientes et des médecins, reconstruit « de l'intérieur », leur système de pensée et leur vécu quotidien à partir de l'observation directe de leurs pratiques.

Les différents entretiens avec les patientes ont montré :

- leur besoin d'en parler, et leur soulagement lorsque le sujet est abordé parce qu'elles considèrent le sujet comme tabou et ne prennent pas l'initiative d'en parler à leur médecin ou à leur entourage ;
- l'importance de la blessure narcissique liée à l'incontinence urinaire (les femmes incontinentes se sentent dévalorisées) ;
- l'immense énergie déployée pour « faire face », qui peut aller jusqu'au déni des symptômes jusqu'à ce que l'incontinence urinaire ne puisse être cachée et soit alors vécue comme une fatalité ;
- leurs attentes vis-à-vis du médecin pour qu'il aborde le premier le problème de l'incontinence urinaire et les informe précisément des modalités de la rééducation (les patientes se disent mal préparées à celle-ci et la considèrent comme fatigante même si elle est aussi perçue comme un moyen de reprise d'autonomie grâce à un meilleur contrôle des fuites, une alternative à la chirurgie et donc un moyen d'améliorer leur qualité de vie).

---

<sup>4</sup> Réunions de groupe selon la méthodologie de Merton.

Les différents entretiens avec les professionnels ont montré :

- l'importance d'un premier abord par les professionnels du problème de l'incontinence urinaire pour l'accès aux soins des patientes, alors que l'incontinence urinaire est encore un sujet de gêne pour les professionnels ;
- l'intérêt de développer une stratégie de recherche d'une incontinence urinaire, soit lors d'un moment propice (consultation pour une toux, un problème gynécologique, en *post-partum*, en cas de demande d'un certificat pour le sport) soit systématiquement (dépistage en fin de consultation) ;
- la nécessité d'une disponibilité particulière pour entendre ou favoriser l'expression du symptôme ;
- le manque d'information sur les techniques et modalités de la rééducation de l'incontinence urinaire et les difficultés à aborder précisément ces modalités avec les patientes (la rééducation par voie vaginale est rarement évoquée, le tabou étant partagé par les médecins des deux sexes) ;
- l'absence de consensus sur les techniques de rééducation, y compris lors du *post-partum*, les méthodes utilisées dépendant plus de la personnalité et des convictions du thérapeute que de l'état des connaissances dans le domaine ;
- les difficultés potentielles dans la relation thérapeute-patiente pendant le déroulement de la rééducation.

La portée des conclusions de cette enquête est limitée par le petit nombre de professionnels et de patientes incluses (tous franciliens). Ces conclusions confirment cependant les données existantes dans la littérature anglo-saxonne sur le vécu des patientes atteintes d'incontinence urinaire et sur leurs attentes vis-à-vis de leur médecin. Elles précisent également les difficultés rencontrées par les professionnels dans la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme.

#### — *Influence de l'âge sur la perception de l'incontinence*

Hunnskaar et Vinsnes (18) ont rapporté que parmi les patientes présentant des symptômes d'incontinence d'effort, les femmes plus jeunes ressentaient un handicap significativement plus important que les femmes plus âgées (différence non retrouvée parmi les femmes avec des symptômes d'impériosité).

Kinn et Zaar (19) ont montré que les femmes plus âgées paraissaient montrer une meilleure tolérance au handicap que les plus jeunes, mais cette étude est biaisée par le grand nombre de femmes qui n'ont pas répondu à l'enquête.

Ces deux enquêtes déjà citées par ailleurs sont détaillées dans le *tableau 2*.

Une enquête épidémiologique a été réalisée par Møller *et al.* (26), chez 4 000 femmes de 40 à 60 ans pour étudier la prévalence des troubles du bas appareil urinaire, dont l'incontinence urinaire, et la gêne occasionnée par ces troubles, évaluée par un questionnaire simple établi par les auteurs, inspiré par deux autres questionnaires, le B-FLUTS (cf. paragraphe V.1.2) et un questionnaire danois. La prévalence des troubles urinaires survenant plus d'une fois par semaine était de 27,8 % et celle de l'incontinence urinaire, quelle que soit sa fréquence de survenue, de 16 %. Cette enquête a retrouvé une relation directe entre la gêne déclarée et la fréquence des troubles urinaires du bas appareil (dont l'incontinence) : presque toutes les femmes présentant des troubles urinaires du bas appareil au moins une fois par semaine étaient gênées, indépendamment de leur l'âge. En revanche, à fréquence de troubles urinaires égale, il n'y avait pas de relation directe entre âge et gêne.

Cette enquête est détaillée dans le *tableau 3* ci-après.

### III.1.3. Non-abord du problème par les patientes et les médecins

Le problème de la mise en évidence de l'incontinence urinaire est double : peu de femmes discutent spontanément de leurs problèmes d'incontinence avec leur médecin et peu de médecins interrogent les patientes sur ce sujet : « *Don't ask, don't tell* » (27).

(Se reporter également aux résultats de l'enquête de la SGTG sur les représentations psychosociales de l'incontinence détaillés ci-dessus).

L'enquête du CDRMG (7) n'a pas mis en évidence de difficultés pour les femmes systématiquement questionnées à répondre à un questionnaire détaillé sur l'incontinence urinaire (le seul item apparemment difficile à renseigner était celui concernant la gêne sexuelle).

Il semble donc qu'à partir du moment où le médecin aborde le premier le problème, les femmes n'ont pas ou peu de réticences à évoquer une possible incontinence urinaire, mais elles ne le font pas spontanément.

### III.1.4. Conclusion

La prévalence de l'incontinence urinaire dans la population féminine varie de 10 à 53 % selon les études et la définition de l'incontinence urinaire retenue. Elle a un retentissement important sur la qualité de vie des patientes atteintes. L'incontinence urinaire par impériosité, très fréquente chez la femme âgée, est plus gênante que l'incontinence urinaire d'effort quel que soit l'âge, l'incontinence urinaire d'effort étant plus gênante chez la femme jeune que chez la femme âgée. Les symptômes de l'incontinence sont encore considérés comme tabous par les médecins comme par les patientes. Pour toutes ces raisons, l'incontinence urinaire mérite d'être recherchée en médecine générale.

## III.2. Chez quelles femmes rechercher une incontinence urinaire, et quand ?

### III.2.1. Facteurs de risque de l'incontinence selon l'AHCP

Les recommandations de 1996 de l'AHCP (6) ont identifié les facteurs de risque d'incontinence suivants, sans référence à leur importance relative ou à leur rôle favorisant ou aggravant :

- immobilité, maladie chronique dégénérative ;
- troubles cognitifs ;
- prise de certains médicaments, dont les diurétiques ;
- obésité morbide ;
- tabagisme ;
- constipation, fécalome ;
- syndromes confusionnels ;
- limitations (d'accès aux toilettes) liées à l'environnement ;
- activités physiques intensives ;
- diabète ;
- accident vasculaire cérébral ;
- hypo-œstrogénie ;
- faiblesse de la musculature pelvienne ;
- énurésie dans l'enfance ;
- origine ethnique ;
- grossesse, accouchement par voie vaginale, épisiotomie.

Un certain nombre de ces facteurs potentiellement réversibles sont repris au paragraphe IV.

### III.2.2. Données de la littérature

Les facteurs de risque associés à l'incontinence urinaire identifiés dans la littérature publiée depuis 1996 sont détaillés ci-dessous. Hormis l'enquête française du CDRMG (7) déjà présentée au paragraphe III.1.1, les études retenues sont détaillées dans le *tableau 3*.

#### — *L'âge*

Six enquêtes épidémiologiques, dont quatre réalisées en population générale, ont estimé la prévalence de l'incontinence urinaire en fonction de l'âge.

L'incontinence urinaire a été rapportée même chez les adolescentes et les femmes nullipares, sa fréquence augmentant avec l'âge jusqu'à 50 ans. La fréquence déclarée de « fuites urinaires » par les femmes âgées de 69 ans et plus varie de 35 % à 56 % selon les enquêtes et les définitions de l'incontinence urinaire utilisées (12,13,26,28-30). Dans l'une de ces enquêtes, la prévalence de l'incontinence urinaire chez les nullipares variait de 8 à 32 %, l'augmentation étant liée à celle de l'âge (13).

L'enquête de Møller *et al.* déjà citée a montré une augmentation presque linéaire des symptômes d'impériosité avec l'âge, alors que la fréquence des symptômes d'incontinence urinaire d'effort augmentait entre 40 et 55 ans pour diminuer ensuite (26).

L'enquête française du CDRMG a montré que, quelle que soit la définition de l'incontinence urinaire retenue, le pourcentage de femmes incontinentes augmentait avec l'âge (7).

#### — *L'origine ethnique*

Selon les conclusions de deux enquêtes épidémiologiques réalisées aux États-Unis, l'incontinence urinaire d'effort serait plus fréquente chez la femme d'origine caucasienne que chez la femme d'origine afro-américaine (29,31).

La première étude, réalisée chez 2 763 femmes incluses dans une étude sur l'efficacité du traitement hormonal substitutif dans la prévention du risque cardio-vasculaire (89 % de femmes d'origine caucasienne, 8 % d'origine afro-américaine) a montré que le risque d'incontinence urinaire d'effort était significativement plus élevé chez les femmes d'origine caucasienne (OR : 2,8, intervalle de confiance à 95 % : 1,6-5,1) (29).

Dans la seconde, qui a inclus 183 femmes d'origine caucasienne et 183 femmes d'origine afro-américaine, la prévalence de l'incontinence urinaire d'effort était significativement plus élevée chez les femmes d'origine caucasienne ( $p < 0,001$ ) (31).

#### — *Les antécédents gynéco-obstétricaux*

La plupart des études ou enquêtes sont soit rétrospectives, soit quand elles sont prospectives, ne concernent que des groupes restreints de patientes qui n'ont pas été suivies de manière prolongée

##### Grossesse et mode d'accouchement

Cinq enquêtes épidémiologiques, dont l'enquête française du CDRMG (7), ont cherché à établir une relation entre grossesse, mode d'accouchement et incontinence urinaire.

Wilson *et al.* (32) ont montré que parmi des primipares sans antécédents d'incontinence urinaire avant la grossesse et présentant une incontinence urinaire 3 mois après l'accouchement, 62 % avaient fait leur premier épisode pendant la grossesse. Ils ont rapporté une apparente protection par la césarienne par rapport à l'accouchement par voie vaginale, mais le suivi des patientes incluses n'était que de 3 mois.

Une enquête prospective a été réalisée par Farrell *et al.* (33) qui ont suivi une cohorte de 484 primipares sans antécédents de pathologie du tractus urinaire avant la grossesse jusqu'à 6 mois après l'accouchement. À cette date, 13,5 % des femmes présentaient une incontinence urinaire cliniquement significative. Dans cette étude le mode d'accouchement était un facteur de risque d'incontinence urinaire à 6 semaines ou à 6 mois de *post-partum*, et les antécédents d'incontinence urinaire avant l'accouchement étaient aussi significativement associés à une incontinence urinaire à 6 mois de *post-partum*.

Viktrup et Lose (34) ont retrouvé une prévalence de l'incontinence urinaire, 5 ans après la première grossesse, significativement plus élevée chez les femmes ayant présenté une incontinence pendant cette grossesse ou le *post-partum*. L'incontinence urinaire présente 3 mois après l'accouchement persistait 5 ans après chez 92 % des primipares.

Selon l'enquête d'Højberg *et al.* (35), un premier accouchement par voie vaginale augmentait de manière statistiquement significative le risque d'incontinence urinaire (risque relatif : 5,7, intervalle de confiance à 95 % : 3,9-8,3).

L'enquête française du CDRMG (7) n'a pas montré de différence significative entre les pourcentages d'antécédents de césarienne chez les femmes continentes et les femmes incontinentes, quelle que soit la définition de l'incontinence urinaire retenue. En revanche, le pourcentage d'antécédents d'accouchements ressentis par les femmes comme difficiles et le pourcentage d'incontinence urinaire en *post-partum* immédiat était significativement plus élevé chez les femmes incontinentes au moment de l'enquête. Dans cette enquête, il est à noter que l'existence d'une rééducation périnéale en *post-partum* n'avait aucun effet protecteur vis-à-vis de la survenue d'une incontinence urinaire ultérieure.

#### Parité et poids de naissance de l'enfant

Quatre enquêtes épidémiologiques en population générale ont été identifiées, dont l'enquête française du CDRMG (7).

Rortveit *et al.* (13) et Chiarelli *et al.* (12) ont rapporté une association âge-dépendante entre parité et incontinence urinaire : importante chez la femme jeune, l'association était plus faible dans le groupe 34-65 ans et disparaissait après.

Pour Roe et Doll cependant, le nombre de grossesses, le nombre d'enfants (surtout si ce nombre est supérieur à 4), un poids de naissance de l'enfant supérieur ou égal à 9 livres étaient des facteurs de risque d'incontinence urinaire, quel que soit l'âge (30).

L'enquête française du CDRMG a montré que seul le fait d'avoir eu au moins un enfant et non le nombre d'enfants était en cause dans la survenue de l'incontinence urinaire. Le poids de l'enfant (plus de 4 kg) était significativement plus élevé chez les femmes incontinentes, uniquement quand l'incontinence urinaire était définie par toute fuite d'urine ou par une gêne significative obligeant à utiliser des protections (7).

### Épisiotomie

Dans l'enquête rétrospective d'Højberg *et al.* (35), une épisiotomie médio-latérale et un poids de naissance de l'enfant supérieur ou égal à 4 kilogrammes étaient des facteurs de risque d'incontinence urinaire.

Dans l'étude de cohorte de Viktrup et Lose (34), l'épisiotomie lors du premier accouchement paraissait associée dans l'analyse multivariée à une incontinence urinaire 5 ans après l'accouchement (compte tenu des autres variables analysées : nombre de grossesses, âge gestationnel, durée de la phase d'expulsion, extraction par ventouse et poids de naissance de l'enfant), mais ce résultat était à la limite de la significativité (OR 2,0, IC à 95 % : 0,9-4).

En revanche, dans l'enquête française du CDRMG, quelle que soit la définition de l'incontinence urinaire retenue, le pourcentage d'épisiotomies n'était pas significativement différent entre les femmes incontinentes et les femmes continentales (7).

### Accouchement instrumental

Dans l'enquête prospective de Farrell *et al.* déjà citée (33), par rapport à l'accouchement vaginal eutocique, l'utilisation de forceps augmentait significativement le risque d'apparition d'une incontinence urinaire à 6 mois de *post-partum*.

Dans l'enquête cas-témoins de van Kessel *et al.* (36), le risque d'incontinence urinaire en *post-partum* était significativement augmenté par l'utilisation de forceps (risque relatif de 10,4, intervalle de confiance à 95 % : 1,17-93,42 pour l'accouchement avec forceps par rapport à l'accouchement sans forceps).

Dans l'étude de cohorte de Viktrup et Lose (34), l'utilisation d'une ventouse pour extraire l'enfant était un facteur associé à l'incontinence urinaire, 5 ans après l'accouchement.

L'enquête française du CDRMG (7) a montré que, quelle que soit la définition de l'incontinence urinaire retenue, le pourcentage d'antécédents d'accouchements difficiles, de déchirures, d'accouchements avec forceps ou ventouses était significativement plus élevé chez les femmes incontinentes.

### — Ménopause et substitution hormonale

Cinq enquêtes épidémiologiques, dont l'enquête française du CDRMG (7), ont cherché à mettre en évidence une relation entre incontinence urinaire et ménopause.

Sherburn *et al.* (37) n'ont pas retrouvé de relation entre les deux.

Brown *et al.* (28), dans une enquête portant sur 7 949 femmes, ont rapporté une fréquence plus élevée d'incontinence urinaire chez les femmes sous traitement substitutif de la ménopause.

Guarisi *et al.* (38), dans une enquête transversale de population chez des femmes âgées de 45 à 60 ans, n'ont identifié aucun facteur de risque associé à l'incontinence urinaire d'effort, et surtout ne retrouvent aucune association entre l'incontinence urinaire d'effort et la présence ou l'absence de ménopause, ni avec la prise d'un traitement substitutif de celle-ci.



L'enquête française du CDRMG (7) a montré que, quelle que soit la définition de l'incontinence urinaire retenue, les femmes ménopausées étaient significativement plus incontinentes que les non-ménopausées, ce qui était aussi en relation avec l'âge. Dans cette enquête, le traitement hormonal, local ou général, n'était pas associé à une diminution des symptômes d'incontinence.

Les autres données de la littérature ne montrent pas à ce jour de preuves de modification de l'incontinence urinaire sous traitement œstrogénique (cf. paragraphe VII.4).

— *Chirurgie pelvienne ou abdominale*

Deux enquêtes se sont intéressées au rôle de la chirurgie pelvienne, et en particulier de l'hystérectomie.

Brown *et al.* (28), dans une enquête déjà citée, ont montré que l'incontinence urinaire était significativement plus fréquente chez les femmes ayant eu une hystérectomie (*odds-ratio* : 1,4 ; intervalle de confiance à 95 % : 1,1-1,6). Selon leurs conclusions, chez la femme âgée, le rôle de la chirurgie serait plus important que celui de la parité.

Une étude cas-contrôle (39) a retrouvé une association entre antécédent d'hystérectomie et insuffisance sphinctérienne. Le rôle favorisant de l'hystérectomie sur l'insuffisance sphinctérienne n'est pas prouvé dans cette étude, en raison de ses insuffisances méthodologiques détaillées dans le *tableau 3* ci-après. La voie d'abord pour l'hystérectomie n'était pas précisée, et dans la discussion, les auteurs se sont posé la question du risque différent d'incontinence urinaire, en fonction de la technique opératoire utilisée. Dans cette étude, il est également à noter que parmi les femmes ayant eu une hystérectomie simple, 49 % avaient déjà eu une chirurgie pour incontinence urinaire d'effort (parfois en même temps que l'hystérectomie).

L'enquête française du CDRMG (7) a montré que, quelle que soit la définition de l'incontinence urinaire retenue, les antécédents d'intervention chirurgicale sur l'abdomen ou le petit-bassin étaient significativement plus fréquents dans le groupe des femmes incontinentes.

Pour le groupe de travail et le groupe de lecture, la découverte d'une incontinence urinaire après chirurgie pelvienne doit faire rechercher l'existence d'une fistule vésico-vaginale.

— *Obésité*

L'obésité a été associée à l'incontinence urinaire dans sept enquêtes épidémiologiques soit chez la femme jeune, obèse avant la première grossesse (32), soit ultérieurement (12,28-30,35,37,40). Pourtant, une étude de cohorte suédoise réalisée par Samsioe *et al.* (41) a retrouvé une prévalence de l'incontinence urinaire plus élevée chez les femmes ayant perdu plus de 5 kg dans les 5 dernières années.

L'enquête française du CDRMG a montré que, quelle que soit la définition de l'incontinence urinaire retenue, un indice de masse corporelle (IMC) normal, c'est-à-dire entre 18 et 25 kilogrammes par m<sup>2</sup>, était plus fréquent chez les femmes continentales et que la surcharge pondérale était significativement plus fréquente chez les femmes incontinentes (7).

— *Autres facteurs*

D'autres facteurs de risque d'incontinence urinaire ont également été retrouvés dans la littérature publiée depuis 1996 : mises en tension répétées du plancher pelvien en cas d'activité physique importante (37), en particulier chez les sportives de haut niveau (42), constipation (12,37,42), infection urinaire symptomatique (12) ou antécédents d'infections urinaires (29), énurésie infantile (42), broncho-pneumopathie chronique obstructive (28), diabète (28,29), accident vasculaire cérébral (28), réduction de la mobilité (30), mauvais état général (28).

L'enquête française du CDRMG a montré que, quelle que soit la définition de l'incontinence urinaire retenue, les antécédents de cystites à répétition et l'incontinence anale étaient significativement plus fréquents chez les femmes incontinentes (7).

Le rôle de la dégradation de l'état de santé, quelle qu'en soit la cause, a également été mis en évidence dans l'étude de cohorte de Samsioe *et al.* déjà citée (41) qui a montré une augmentation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes hospitalisées, sous traitement chronique ou surveillées pour une pathologie quelle qu'elle soit.

### III.2.3. Facteurs de risque non retrouvés dans la littérature

D'autres facteurs de risque, non retrouvés dans la littérature, sont à prendre en compte. Ce sont toutes les causes de toux chronique (pas seulement la broncho-pneumopathie chronique obstructive), toutes les atteintes neurologiques (pas seulement l'accident vasculaire cérébral), et en particulier la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

Parmi les facteurs de risque d'incontinence urinaire, un certain nombre sont indépendants du fonctionnement de l'appareil urinaire et potentiellement réversibles<sup>5</sup>.

### III.2.4. Conclusion

Les études disponibles ne permettent pas d'établir le caractère causal d'un facteur de risque défini. En effet, il est difficile d'évaluer les résultats des études transversales avec une analyse rétrospective des facteurs de risque, qui sont les plus nombreuses. Les populations étudiées ne sont pas facilement comparables (groupes d'âge et/ou populations étudiées différents) et la définition de l'incontinence urinaire utilisée n'est pas la même d'une étude à l'autre. Cependant un certain nombre de facteurs de risque peuvent être identifiés :

- l'âge est un facteur favorisant de l'incontinence urinaire en particulier pour l'incontinence urinaire par impériosité ;
- la grossesse, l'accouchement par voie vaginale et les traumatismes gynécobobstétricaux en général (épisiotomie, forceps, hystérectomie) sont associés à l'incontinence urinaire, mais il y a peu de bonnes études épidémiologiques pour confirmer ces effets à long terme, la protection apportée par la césarienne est discutable (le risque d'incontinence urinaire en *post-partum* préexistant probablement avant l'accouchement) et le pronostic des femmes présentant une incontinence urinaire pendant la grossesse ou le *post-partum* immédiat est mal connu ;
- la multiparité serait également associée à l'incontinence urinaire, mais l'association est âge-dépendante, importante chez la femme jeune, elle est plus faible dans le groupe d'âge 34-65 ans et disparaît après 65 ans.

---

<sup>5</sup> Ces facteurs sont repris, ainsi que les causes iatrogènes et les erreurs hygiéno-diététiques susceptibles de déclencher ou d'aggraver une incontinence urinaire, au paragraphe IV.

D'autres facteurs de risque sont associés à une incontinence urinaire : l'obésité, l'activité physique intense, les antécédents d'énurésie dans l'enfance, les infections urinaires basses à répétition, le diabète, la constipation, la broncho-pneumopathie chronique obstructive et les autres causes de toux chronique, l'existence d'une maladie neurologique et toutes les causes de diminution de la mobilité en général.

Il n'y a pas de preuve que la ménopause entraîne une augmentation de l'incontinence urinaire d'effort ni que le traitement substitutif améliore l'incontinence urinaire.

Il est probable que les facteurs de risque de l'incontinence urinaire par impériosité et de l'incontinence urinaire d'effort sont différents.

### III.2.5. Quand rechercher une incontinence urinaire ?

En raison de la prévalence de l'incontinence urinaire y compris chez les femmes nullipares, de la multiplicité des facteurs de risque et de leur prévalence (la majorité des femmes consultant en médecine générale présente au moins un facteur de risque, ne serait-ce que l'âge ou des antécédents d'accouchement), il est justifié de rechercher une incontinence urinaire chez toutes les femmes consultant en médecine générale. Pour être pragmatique, il est proposé que l'incontinence urinaire soit systématiquement recherchée lorsque le motif de consultation est :

- en rapport avec la sphère uro-génitale ainsi que lors d'un examen pré ou postnatal, d'une demande de contraception, d'une consultation pour suivi de la ménopause ou pour troubles sexuels ;
- une toux chronique ;
- un diabète ;
- une constipation ou un trouble de la fonction ano-rectale ;
- un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport ;
- une atteinte neurologique (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

### III.2.6. Recommandation

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 postnatal, 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.

**Tableau 3.** Facteurs de risque associés à l'incontinence urinaire chez la femme.

Auteur, année	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Résultats	Facteurs de risque
Roe et Doll, 1999 (30)	Enquête épidémiologique transversale en population générale (réalisée par courrier)	Étudier la prévalence de l'IU et les facteurs associés	12 529 sujets, 6 139 (53 %) ont répondu complètement, (3 356 femmes, dont 2 978 continentales et 378 incontinentes)	Nombre moyen de grossesses et d'enfants significativement plus élevé chez les femmes avec une IU mais la différence globale n'était plus significative après ajustement sur l'âge, bien qu'il y ait une tendance chez les femmes avec une IU à avoir plus de 4 enfants ( $p = 0,08$ ) Nombre d'enfant pesant plus de 9 lb à la naissance plus élevé chez les femmes avec une IU ( $p < 0,01$ ) Plus d'IU chez les femmes obèses (IMC > 29) ( $p < 0,0001$ ), et plus d'obésité chez les patients avec une IU ( $p < 0,0001$ ) Plus de problèmes de mobilité chez les sujets avec une IU ( $p < 0,0001$ )	Parité, surtout si > 4 Poids de naissance de l'enfant $\geq 9$ lb Obésité (IMC > 29 chez les femmes)
Rortveit <i>et al.</i> , 2001 (13)	Enquête épidémiologique transversale en population générale	Chercher une association entre IU, parité et âge	47 313 femmes sollicitées, dont 27 900 femmes qui ont répondu	Prévalence de l'IU dans l'ensemble de la population étudiée : 25 %, chez les femmes nullipares : 8 à 32 %, l'augmentation étant liée à l'âge Pour les femmes entre 20 et 34 ans, RR d'IU : 2,2 (IC à 95 % 1,8-2,6) chez les primipares et 3,3 (IC à 95 % 2,4-4,4) chez les grandes multipares et RR d'IUE : 2,7 (IC à 95 % 2-3,5) chez les primipares et 4,0 (IC à 95 % 2-3,5) pour les grandes multipares. (pour les femmes entre 35 et 64 ans : RR d'IU significativement augmenté et compris entre 1,4 et 2)	Parité, mais seulement avant 65 ans (tous les effets de la parité disparaissent avec l'âge), la première grossesse ayant l'impact le plus important Association entre parité et IUE ou IU mixte chez les femmes entre 20 et 34 ans (pas d'association entre parité et IU par impériosité pure)
Møller <i>et al.</i> , 2000 (26)	Enquête épidémiologique longitudinale en population générale (suivi prospectif d'une cohorte)		4 000 âgées de 40 à 60 ans	Prévalence des troubles du bas appareil urinaire et retentissement sur la vie quotidienne Augmentation de la prévalence de l'IU d'effort à partir de 40 ans jusqu'à 55 ans (OR : 1,9 ; IC à 95 % : 1,3-2,7) Augmentation linéaire de la prévalence de l'IU par impériosité avec l'âge (OR : 2,7 ; IC à 95 % : 1,6-4,5)	Âge, quel que soit le type d'incontinence Relation directe entre fréquence des troubles du bas appareil urinaire (dont l'incontinence) et gêne ressentie, mais à fréquence des symptômes égale, pas de relation entre âge et gêne ressentie

IC : intervalle de confiance, IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, IMC : indice de masse corporelle, OR : *odds-ratio*, RR : risque relatif

**Tableau 3 (suite).** Facteurs de risque associés à l'incontinence urinaire chez la femme.

Auteur, année	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Résultats	Facteurs de risque
Chiarelli <i>et al.</i> , 1999 (12)	Enquête épidémiologique longitudinale en population générale, chez 3 groupes de femmes (de 18 à 23 ans, de 45 à 50 ans, de 70 à 75 ans)	Prévalence de l'IU et facteurs associés	Nombre de femmes sollicitées et % de réponses : - 18 à 23 ans, n = 14 761 (48 %) - 45 à 50 ans, n = 14 070 (54 %) - 70 à 75 ans n = 12 893 (41 %)	Prévalence : - 18-23 ans 12,8 % (IC à 95 % : 12,2-13,3) - 45-50 ans 36,1 % (IC à 95 % : 35,2- 37) - 70-75 ans 35 % (IC à 95 % : 34,1-35,9) Association (OR significativement différents de 1) avec la parité jusqu'à 50 ans, la constipation, d'autres problèmes intestinaux, et les brûlures urinaires, quel que soit l'âge, une intervention chirurgicale pour prolapsus ou l'association chirurgie pour prolapsus-hystérectomie chez les femmes de plus de 45 ans	Chez les femmes de 18 à 50 ans : parité (surtout chez les plus jeunes) Chez femmes de 45 à 75 ans : chirurgie gynéco-urologique Quel que soit l'âge : constipation, autres problèmes intestinaux, IMC élevé, brûlures urinaires
Brown <i>et al.</i> , 1996 (28)	Enquête épidémiologique transversale chez 8 366 femmes âgées de 65 ans et plus (incluses dans une étude clinique sur les fractures ostéoporotiques)	Prévalence dans l'année précédente  Facteurs de risque associés (évalués par questionnaire, interrogatoire et examen physique)	7 949 femmes répondeuses (95 %), âge moyen 76,9 ans (les femmes non répondeuses étaient plus âgées, en moins bon état général et avaient subi plus d'hystérectomies)	Prévalence : 41 %, 14 % pour l'IU quotidienne Facteurs associés à l'IU quotidienne : l'âge (OR : 1,3 IC à 95 % : 1,2-1,5 pour chaque tranche de 5 ans), les ATCD d'hystérectomie (OR : 1,4 IC à 95 % 1,1-1,6), l'obésité (OR : 1,6 IC à 95 % 1,4-1,7 pour chaque tranche de 5 unités d'IMC supplémentaires), ATCD d'AVC (OR : 1,9 IC à 95 % 1,3-2,7), le diabète (OR : 1,7 IC à 95 % 1,3-2,4), la BPCO (OR : 1,4 IC à 95 % 1,1-1,9), un mauvais état général (OR : 1,6 IC à 95 % 1,3-2,1). Effet protecteur de la marche rapide sur l'IU (OR : 0,8)	Âge, antécédents d'hystérectomie, obésité, AVC, diabète, BPCO, mauvais état général
Wilson <i>et al.</i> , 1996 (32)	Enquête épidémiologique transversale réalisée par courrier 3 mois après l'accouchement et revue du dossier clinique	Prévalence de l'IU à 3 mois <i>post-partum</i>	2 134 dont 1 505 femmes répondeuses (taux de réponse de 70 %)	Prévalence : 34 % Facteurs associés à l'IU : 1 <sup>re</sup> césarienne <i>versus</i> l'accouchement vaginal (OR : 0,4 IC à 95 % 0,2-0,7, NS après la 3 <sup>e</sup> césarienne), l'IMC élevé en pré-grossesse (OR : 1,07 IC à 95 % 1,4-1,7), 5 enfants ou plus (OR : 2,2 IC à 95 % 1-4,9) Effet protecteur des EPP en prénatal (OR : 0,6 IC à 95 % 0,4-0,9), sans relation intensité-efficacité	Accouchement par voie vaginale, multiparité, obésité Rôle protecteur de la césarienne, à condition de ne pas dépasser 3 césariennes, et des exercices de renforcement du plancher pelvien en prénatal

ATCD : antécédents, AVC : accident vasculaire cérébral, IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, IMC : indice de masse corporelle, OR : *odds-ratio*, IC : intervalle de confiance, EPP : exercices du plancher pelvien, BPCO : broncho-pneumopathie obstructive

**Tableau 3 (suite).** Facteurs de risque associés à l'incontinence urinaire chez la femme.

Auteur, année	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Résultats	Facteurs de risque
Sherburn <i>et al.</i> , 2001 (37)	Enquête épidémiologique transversale et suivi longitudinal (entretien annuel pendant 7 ans)	Prévalence de l'IU et facteurs de risque (enquête transversale) Incidence de l'IU en pérимénopause (suivi longitudinal)	1 897 femmes (enquête transversale) dont 373 femmes en préménopause suivies 7 ans	Prévalence : 15 % et facteurs associés à l'IU : IMC $\geq$ 26 (OR : 1,5 IC à 95 % : 1,15-1,95), 3 enfants ou plus (OR : 1,47 IC à 95 % : 1,06-2,05), diarrhée ou constipation (OR : 1,95 IC à 95 % : 1,27-3), chirurgie gynécologique (OR : 2,17 IC à 95 % : 1,42-3,32), infections urinaires (OR : 4,75 IC à 95 % : 2,28-9,9), <i>lawn bowls</i> (OR : 2,26 IC à 95 % : 1,03-4,96) Pendant les 7 ans de suivi, incidence annuelle moyenne de l'IU : 18 %, incidence totale 35 % Pas d'association entre incidence de l'IU et ménopause	Surpoids ou obésité, parité (3 enfants ou plus), chirurgie gynécologique, ATCD d'infections urinaires, de diarrhée ou de constipation, activité sportive (participation à des jeux de boules sur gazon ou <i>lawn bowls</i> )
Farrell <i>et al.</i> , 2001 (33)	Enquête épidémiologique longitudinale des femmes primigestes sans antécédents de pathologie du tractus urinaire	Incidence de l'IU à 6 semaines et 6 mois de <i>post-partum</i> et facteurs de risque	690 primigestes recrutées, dont 484 primipares suivies 6 mois	À 6 mois : 26 % d'IU dont 4 % « cliniquement significatifs » Pour les primipares sans antécédents d'IU : RR d'IU en <i>post-partum</i> : 2,8 IC 95 % 1,1-3,7 pour l'AVV <i>versus</i> césarienne, RR : 1,5 IC 95 % 1-2,3 pour l'utilisation de forceps <i>versus</i> AVV eutocique, rôle protecteur de la césarienne : RR : 0,6 IC 95 % 0,3-1 En cas d'IU avant la grossesse : RR d'IU en <i>post-partum</i> : 2,9 IC 95 % 1-8,1	AVV, surtout en cas d'utilisation de forceps, rôle protecteur de la césarienne, pas de rôle aggravant de la ventouse par rapport à l'AVV eutocique Risque d'IU du <i>post-partum</i> encore augmenté en cas d'IU avant la grossesse, mais pas diminué par les EPP avant ou pendant la grossesse
Højberg <i>et al.</i> , 1999 (35)	Enquête épidémiologique transversale	Prévalence de l'IU à 16 semaines de grossesse (enquête) et étude des facteurs de risque obstétricaux (étude du dossier obstétrical)	Enquête de prévalence : 17 795 questionnaires, 97 % réponse Étude des facteurs de risque : revue de 1 781 dossiers de femmes ayant accouché dans le service	Prévalence (existence de fuites dans l'année précédente) : 8,9 % avec 3,9 % chez nullipares et 15 % chez les femmes ayant accouché au moins une fois Facteurs de risque d'avoir une IU au moins une fois par semaine : antécédents d'accouchement par voie vaginale (OR : 5,7 IC 3,9-8,3, risque inchangé pour les accouchements suivants), poids de naissance de l'enfant > 4 kg (OR : 1,9 IC 95 % 1-3,6), association poids de naissance de l'enfant > 4 kg et épisiotomie médio-latérale (OR : 3,5 IC 95 % 1,2-10,2)	Parité, 1 <sup>er</sup> accouchement par voie vaginale, poids de l'enfant > 4 kg, surtout en cas d'association avec une épisiotomie médio-latérale Une relation significative a également été retrouvée avec l'âge < 24 ans au premier accouchement, l'obésité (IMC > 30), le tabagisme

ATCD : antécédents, AVV : accouchement par voie vaginale, IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, IMC : indice de masse corporelle, RR : risque relatif, IC : intervalle de confiance, EPP : exercices du plancher pelvien, OR : *odds-ratio*

**Tableau 3 (suite).** Facteurs de risque associés à l'incontinence urinaire chez la femme.

Auteur, année	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Résultats	Facteurs de risque
Viktrup et Lose, 2001 (34)	Enquête épidémiologique longitudinale chez des primipares suivies pendant 5 ans et séparées en 3 groupes : G0 : pas d'IU pendant la 1 <sup>e</sup> grossesse, ni en <i>post-partum</i> , G1 : 1 <sup>er</sup> épisode d'IU pendant la grossesse, G2 : 1 <sup>er</sup> épisode d'IU en <i>post-partum</i>	Impact de la 1 <sup>re</sup> grossesse et de l'accouchement sur la prévalence de l'IUE à 5 ans après la 1 <sup>re</sup> grossesse (ont été exclues les femmes avec une IU avant la grossesse)	305 femmes dont 278 suivies 5 ans	Prévalence à 5 ans après la 1 <sup>re</sup> grossesse : pour tout le groupe : 30 % (6 % d'IU quotidienne)  Incidence cumulée sur 5 ans pour G0 : 19 % Prévalence à 5 ans pour G1 et G2, chez les femmes ayant une rémission de l'IU à 3 mois de <i>post-partum</i> : 42 %, chez les femmes dont l'IUE n'avait pas disparue à 3 mois de <i>post-partum</i> : 92 % Risque d'IUE 5 ans après la 1 <sup>re</sup> grossesse : - OR G1 <i>versus</i> G0 : 3,8 (IC 95 % : 1,9-7,5) - OR G2 <i>versus</i> G0 : 4,5 (IC 95 % : 1,5-13,2)  Facteurs de risque d'IUE : - épisiotomie : OR G1 <i>versus</i> G0 : 2 IC 95 % : 0,9-7,5 (rétrospectivement l'association entre risque d'IUE à 5 ans de <i>post-partum</i> et épisiotomie était significative pour l'ensemble des 278 femmes) - extraction par ventouse : OR G2 <i>versus</i> G0 : 2,9 IC 95 % : 2,9	Le risque d'IUE 5 ans après la 1 <sup>re</sup> grossesse était similaire pour les femmes dont l'IU avait débuté pendant la grossesse ou en <i>post-partum</i> Facteurs associés à l'IU du <i>post-partum</i> : l'épisiotomie et l'extraction par ventouse Impact des grossesses suivantes, non significatif Pour les femmes sans IU pendant la grossesse ou en <i>post-partum</i> , aucun facteur de risque obstétrical identifié en association avec le risque d'IUE 5 ans après la 1 <sup>re</sup> grossesse
Rasmussen <i>et al.</i> , 1997 (40)	Enquête exposées-non exposées rétrospective (sélection des patientes à partir des dossiers cliniques)	Étude de la relation entre obésité et IU du <i>post-partum</i>	108 femmes obèses avec un IMC $\geq$ 30  108 femmes contrôles (appariées pour l'âge, la parité et le mode d'accouchement)	Prévalence de l'IUE entre 6 et 18 mois de <i>post-partum</i> - chez les obèses : 29,1 % - chez les non obèses : 11,7 % (p < 0,001)  Prévalence de l'IU par impériosité entre 6 et 18 mois de <i>post-partum</i> - chez les obèses : 0 % - chez les non obèses : 4,7 % (p = 0,05) Prévalence de l'IU avant la grossesse chez les femmes obèses : 10 %	Risque d' IU (IUE et par impériosité) augmenté en <i>post-partum</i> chez les femmes obèses

IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, : IMC : indice de masse corporelle, OR : *odds-ratio*, IC : intervalle de confiance

**Tableau 3 (suite).** Facteurs de risque associés à l'incontinence urinaire chez la femme.

Auteur, année	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Résultats	Facteurs de risque
Graham et Mallett, 2001 (31)	Enquête épidémiologique transversale	Impact de l'origine ethnique sur le risque d'IU	183 Afro-Américaines et 132 Caucasiennes	Fréquence de l'IUE : 46 % chez les femmes caucasiennes, 22 % chez les femmes afro-américaines ( $p < 0,001$ ), fréquence de l'IU par impériosité : 30 % chez les femmes afro-américaines, 11 % chez les femmes caucasiennes ( $p < 0,001$ )	IUE pure plus fréquente chez les femmes caucasiennes IU par impériosité plus fréquente chez les femmes afro-américaines
Brown <i>et al.</i> , 1999 (29)	Enquête épidémiologique transversale chez des femmes ménopausées avant l'inclusion dans une étude clinique	Prévalence et facteurs de risque associés (évalués par questionnaire)	2 763 femmes répondeuses	Prévalence : 56 % d'IU hebdomadaire Facteurs associés à l'IU hebdomadaire : l'origine caucasienne (OR : 2,8 IC à 95 % 1,6-5,1), l'obésité (OR : 1,1 IC à 95 % 1-1,3 pour chaque tranche de 5 unités d'IMC supplémentaires), l'âge (OR : 1,2 IC à 95 % : 1,1-1,3 pour chaque tranche de 5 ans), le diabète (OR : 1,5 IC à 95 % 1,1-2), les ATCD d'infections urinaires (OR : 2 IC à 95 % 1,1-3,6)	Origine ethnique (les femmes d'origine caucasienne étant plus à risque d'avoir une IU que les femmes d'origine afro-américaine, obésité, âge, diabète, ATCD d'infections urinaires)
van Kessel <i>et al.</i> , 2001 (36)	Enquête épidémiologique cas-témoins rétrospective (cas sélectionnés à partir du PMSI)	IUE et durée de la phase d'expulsion pendant l'accouchement	85 femmes avec une IUE et 88 femmes témoins ayant accouché entre 1982 et 1986	Pas d'association entre IUE et longueur du travail OR : 10,4 IC 95 % 1,2-93,4 pour accouchement par forceps <i>versus</i> accouchement sans forceps ( $p = 0,04$ )	Augmentation du risque d'IUE après accouchement avec forceps
Elleuch <i>et al.</i> , 1998 (42)	Enquête de prévalence chez femmes nulligestes nullipares sportives et chez groupe contrôle non sportif	Relation entre fuites urinaires et sport de haut niveau	150 sportives nullipares sollicitées dont 105 ayant participé à l'enquête (âge moyen 21,5 ans) et 105 femmes témoins	Prévalence de l' IUE chez sportives - pendant le sport : 62 %, - dans vie quotidienne : 60 % 4 % de femmes avec une IU utilisaient une protection systématique et presque la moitié une protection occasionnelle Prévalence de l'IUE dans le groupe contrôle : 34 % Association significative entre IUE et chez les sportives et énurésie dans l'enfance jusqu'à 4 ans ou plus (prévalence de l'IUE de 79 % chez les sportives anciennes énurétiques et de 59 % chez les sportives non énurétiques $p = 0,004$ )	Chez les sportives, le risque d'IUE était significativement associé à l'énurésie infantile et à la constipation Toutes les femmes de l'enquête renforçaient leur musculature abdominale sans connaître le fonctionnement des muscles du périnée

ATCD : antécédents, IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, IMC : indice de masse corporelle, OR : *odds-ratio*



**Tableau 3 (suite et fin).** Facteurs de risque associés à l'incontinence urinaire chez la femme.

Auteur	Type d'étude	Objectif	Nombre de sujets	Résultats	Facteurs de risque
Guarisi <i>et al.</i> , 2001 (38)	Enquête épidémiologique transversale en population générale réalisée par entretien à domicile, chez un échantillon de femmes âgées de 45 à 60 ans	Prévalence de l'IUE et recherche d'une relation avec des facteurs socio-démographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, la consommation tabagique, l'IMC, la ménopause avec ou sans traitement substitutif	456 femmes âge moyen : 48 ans	Prévalence de l'IUE pendant les 3 années précédentes : 35 % Aucun des facteurs étudiés n'est associé au risque d'IUE	Ni les facteurs socio-démographiques, ni les antécédents gynéco-obstétricaux, ni la consommation tabagique, ni l'IMC, ni la ménopause avec ou sans traitement substitutif n'étaient liés à l'IUE
Morgan <i>et al.</i> , 2000 (39)	Enquête cas-témoins	Étudier la relation entre hystérectomie et insuffisance sphinctérienne (IS), cause potentielle d'IUE	67 femmes hystérectomisées, 67 témoins	IS objectivée par le BUD chez 48 % des femmes hystérectomisées et chez 24 % des témoins En excluant les femmes qui avaient d'autres facteurs de risque d'IS (ATCD de chirurgie pelvienne, de fracture pelvienne, atteinte vertébrale lombo-sacrée) IS objectivée par le BUD chez 15/29 soit 52 % des femmes hystérectomisées et chez 11/53 soit 24 % des témoins	Hystérectomie (le rôle de l'hystérectomie n'est pas clairement prouvé dans cette étude, en raison de ses insuffisances méthodologiques : petits effectifs, appariement des témoins non décrit, absence d'analyse statistique, mauvaise définition des facteurs de risque d'IS)
Samsioe <i>et al.</i> , 1999 (41)	Enquête transversale en population générale sur un échantillon issu d'une population de 10 870 femmes nées dans une période déterminée	Étude de prévalence de l'IU, sévérité et caractère permanent ou intermittent des symptômes	1 800 femmes âgées de 50-59 ans sélectionnées, 92 % de réponses	Grande difficulté pour analyser les questionnaires due au caractère intermittent des symptômes et leur association à d'autres pathologies Prévalence de l'IU : 30 % Dans l'analyse bivariée, risque d'IU significativement associé à la parité, la faible activité physique, une perte de poids > 5 kg dans la dernière année, des antécédents familiaux de diabète, la coexistence d'une ou plusieurs autres pathologies, la prise régulière de médicaments (pas d'analyse multivariée)	Parité, faible activité physique, perte de poids > 5 kg dans la dernière année, antécédents familiaux de diabète, coexistence d'une ou plusieurs autres pathologies, prise régulière de médicaments

BUD : bilan urodynamique, IS : insuffisance sphinctérienne, IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, IMC : indice de masse corporelle, OR : *odds-ratio*

### III.3. Comment rechercher l'incontinence urinaire ?

#### III.3.1. Identification d'une incontinence urinaire

Une étude menée par Gunthorpe *et al.* (43) a testé la validité d'un questionnaire de dépistage, le ISQ, *Incontinence Screening Questionnaire*, élaboré par ces mêmes auteurs, par rapport au « *pad-test* »<sup>6</sup> sur 48 heures, considéré comme test de référence. Au départ, ce questionnaire comportait 33 questions. Après un test auprès de 213 femmes ayant ou non des problèmes d'incontinence, seules 8 questions se sont révélées acceptables par les patientes, discriminantes, donnant des réponses consistantes d'un test à l'autre et valides pour un diagnostic objectif d'incontinence urinaire (corrélation significative avec un « *pad-test* » positif). Le questionnaire réduit à 8 questions a permis de dépister 66 % des patientes incontinentes, mais a considéré à tort comme incontinentes 20 % des patientes. En ne retenant que 5 des 8 questions avec une valeur prédictive positive supérieure à 65 %, la proportion de femmes considérées à tort comme incontinentes tombait à 13 % et la valeur prédictive globale du questionnaire augmentait à 68 %. Les auteurs ont donc retenu pour la version finale de leur questionnaire de dépistage les 5 questions suivantes :

- durant le dernier mois, avez-vous perdu vos urines quand vous :
  - vous rendiez aux toilettes ?
  - aviez à attendre avant de pouvoir utiliser les toilettes ?
  - ne vous rendiez pas aux toilettes immédiatement quand vous ressentiez un besoin urgent ?
- durant le dernier mois, avez-vous senti un besoin urgent d'uriner accompagné d'une crainte de perdre vos urines ?
- avez-vous uriné plus de sept fois hier ?

L'inconvénient de ce questionnaire est qu'il met en évidence essentiellement les symptômes d'incontinence par impériosité. Cela tient probablement aux caractéristiques de la population étudiée. Il peut donc difficilement être retenu pour un usage courant en médecine générale, d'autant qu'il n'en existe pas de version française.

L'AHCPR a proposé les questions ouvertes suivantes : « parlez-moi des problèmes que vous avez avec votre vessie » ou « dites-moi si vous avez des difficultés à retenir vos urines » (6).

Pour le groupe de travail et le groupe de lecture, la question la plus adaptée à la pratique française serait : « Vous arrive-t-il d'avoir des fuites d'urine ? », sans évoquer le terme d'incontinence urinaire potentiellement disqualifiant pour la patiente.

#### III.3.2. Évaluation d'une incontinence

L'évaluation minimale conseillée par l'AHCPR en 1996 (6) comprenait un interrogatoire pour préciser les antécédents personnels et familiaux, un examen physique, une mesure du résidu post-mictionnel et une analyse d'urine, afin de :

- confirmer l'incontinence urinaire ;

---

<sup>6</sup> Le *pad-test* est l'examen de référence pour quantifier le volume des fuites urinaires (en ml/h), en pesant des protections avant et après une série d'exercices codifiés (cf. annexe 1).

- identifier les situations, (en particulier les situations potentiellement réversibles) qui pouvaient contribuer à l'incontinence urinaire (cf. paragraphe IV) ;
- distinguer les patientes nécessitant une évaluation approfondie avant d'initier un traitement de celles pouvant bénéficier d'un traitement initial sans aller plus loin dans les explorations complémentaires ;
- faire un diagnostic étiologique présomptif.

— *Modalités de l'interrogatoire*

Selon les experts réunis par l'AHCPR en 1996 (6), l'interrogatoire devait comprendre :

- 1) une recherche des antécédents médicaux, neurologiques, et génito-urinaires en cherchant les facteurs de risque (voir liste au paragraphe III.4 ) et en vérifiant tous les médicaments pris (y compris par automédication) ;
- 2) une exploration détaillée des symptômes d'incontinence et des symptômes associés :
  - ancienneté et caractéristiques de l'incontinence (d'effort ? par impériosité ? etc.),
  - identification des symptômes les plus gênants (à traiter en priorité),
  - fréquence, quantité, etc., des mictions et des épisodes d'incontinence,
  - autres symptômes urinaires (dysurie, nycturie, pollakiurie diurne ou nocturne, jet pauvre ou interruption du jet, tension lors de la miction, hématurie, douleur sus-pubienne ou périnéale),
  - facteurs déclenchants (situations antérieures ayant déclenché l'incontinence, toux, types d'exercices physiques, rire, prise de nouveaux médicaments, survenue récente de maladies intercurrentes, antécédents d'irradiation pelvienne, de traumatisme ou de chirurgie),
  - apports liquidiens (quantité et type d'apport, en particulier toutes les boissons contenant de la caféine ou ayant des propriétés diurétiques),
  - altérations de la fonction intestinale ou sexuelle,
  - traitements antérieurs pour l'incontinence urinaire et leurs résultats,
  - type et quantité des protections utilisées,
  - attentes de la patiente vis-à-vis du traitement,
  - évaluation de l'état psychologique, de la mobilité, de l'environnement quotidien, du soutien psychologique et social, en particulier chez les personnes âgées.

Pour le groupe de travail et le groupe de lecture, l'interrogatoire recherche :

- des signes d'incontinence urinaire d'effort (pertes d'urine quand la patiente tousse, éternue, saute, porte ses courses, s'assoie, voire simplement se retourne dans son lit) et/ou des besoins impérieux ;
- le caractère isolé des symptômes ou leur association éventuelle à d'autres symptômes urinaires (pollakiurie, dysurie, hématurie) ;
- la date d'apparition des troubles, en particulier pour les besoins impérieux (sont-ils d'apparition récente ou non, y a-t-il la notion d'énurésie dans l'enfance ?) ;
- la quantité approximative de perte d'urine (nombre de changements de sous-vêtements par jour, nécessité d'une protection en dehors des règles, type et nombres de protections utilisées), les pertes d'urine étant au mieux précisées par le calendrier mictionnel (voir plus loin) ;
- le retentissement de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie ;

- en cas d'incontinence mixte, les symptômes les plus gênants pour la malade (effort ou impériosité) ;
- une constipation et son type (constipation de transit ou terminale, cette dernière étant plus souvent associée à l'incontinence urinaire) ;
- des pertes de matières fécales ou une impossibilité de retenir les gaz ;
- l'existence de traitements antérieurs pour l'incontinence, leur type (rééducation, médicaments et en particulier chirurgie) et leurs résultats.

Le catalogue ou calendrier mictionnel est un bon complément à l'interrogatoire. Il aide à estimer la fréquence et la gravité des symptômes et à impliquer activement la patiente dans la prise en charge de son incontinence. Il ne permet pas d'évaluer l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie (44). Il peut être rempli par la patiente 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). Des modèles de catalogue mictionnel sont proposés en annexe 2.

— *Modalités de l'examen physique*

Selon les experts réunis par l'AH CPR en 1996 (6) l'examen physique devait comprendre :

- un examen général pour :
  - détecter des pathologies associées (œdèmes favorisant une nycturie), des troubles neurologiques,
  - évaluer la mobilité, les fonctions cognitives, l'habileté manuelle pour faire sa toilette chez les patientes âgées et limitées dans leurs mouvements ;
- un examen abdominal (une anomalie du contenu abdominal pouvant modifier la pression intra-abdominale et la physiologie du détrusor) ;
- un examen externe du périnée et du sphincter anal et un toucher rectal pour tester la sensibilité périnéale, le tonus du sphincter (au repos et en contraction), la présence d'un fécalome ou d'une masse intrarectale ;
- un examen gynécologique pour évaluer l'état de la peau, rechercher une atrophie génitale, un prolapsus (cystocèle, rectocèle, prolapsus utérin), une masse pelvienne ou d'autres anomalies, évaluer le tonus des muscles para-vaginaux (la palpation de la paroi vaginale antérieure et de l'urètre pouvant mettre en évidence un écoulement urétral, ou une zone sensible évoquant un diverticule, une tumeur maligne, une inflammation de l'urètre, voire une collection ou la présence de pus, etc.) ;
- l'observation directe de fuites urinaires provoquées par l'effort : pour cela, la patiente doit avoir une vessie relativement pleine, mais sans envie urgente d'uriner et on lui demande de tousser vigoureusement pendant que l'on observe le méat urétral ; si on observe une fuite provoquée instantanément par la toux, une incontinence d'effort est probable, si la fuite est retardée ou persiste après la toux, une instabilité du détrusor est à suspecter ; si le test est fait initialement en position couchée, et qu'aucune fuite n'est observée, le test doit être répété en position debout. Cette recherche n'est pas toujours réalisable en particulier chez les personnes handicapées physiquement ou avec une altération des fonctions cognitives. Dans ce cas le test n'est pas indispensable pour la mise en route du traitement.

Pour le groupe de travail, les modalités de l'examen physique en médecine générale chez une patiente valide sont les suivantes :

- la malade est examinée allongée, vessie « semi-pleine » (si lors de la consultation initiale, la vessie est vide, l'examen physique est à différer, la patiente étant revue ultérieurement, en lui demandant de revenir avec une vessie « confortablement pleine ») ;
- l'examen vulvo-vaginal recherche un prolapsus (cystocèle, rectocèle, prolapsus utérin) ;
- il est demandé à la malade de tousser ou de pousser vigoureusement plusieurs fois (test de « provocation à l'effort ») mais l'absence de fuite provoquée par la toux ou la poussée n'élimine pas le diagnostic d'incontinence d'effort (en cas de prolapsus, cette recherche doit être effectuée avant et après réduction) ;
- la palpation sus-pubienne permet de rechercher un globe vésical ;
- le toucher vaginal permet le *testing* des releveurs (ce *testing* n'est pas utile pour le diagnostic initial mais est indispensable au bilan préthérapeutique avant rééducation et au cours de celle-ci pour juger de ses résultats) ;
- la sensibilité périnéale peut être testée, si l'on suspecte une atteinte neurologique, en fonction des données de l'interrogatoire et du contexte clinique ;
- l'examen général recherche des signes d'une pathologie pouvant déclencher ou aggraver une incontinence urinaire et susceptible de régresser sous traitement (cf. paragraphe IV).

La première technique décrite de *testing* des releveurs de l'anus a été celle de Cotelle (45). Ce *testing* se fait au cours de l'examen gynécologique, en position gynécologique. Au cours du toucher vaginal, l'index et le médium ne vont pas jusqu'au col mais restent en position moyenne dans le vagin et s'appuient sur la face postérieure du vagin, chaque doigt étant de son côté un peu latéral et s'appuyant sur les deux cordes que forment les muscles releveurs de l'anus. La patiente est invitée à faire un effort de retenue, comme si elle voulait resserrer le vagin ou retenir une envie d'uriner, en essayant d'éliminer les associations parasites d'autres contractions musculaires qui pourraient perturber l'appréciation de la force musculaire des releveurs de l'anus (éviter surtout la contraction des muscles fessiers, des abdominaux, l'élévation des fesses qui se décollent de la table). Le résultat est coté de 0 à 5 selon la force de la contraction. La contraction doit pouvoir être tenue avec une force égale pendant cinq secondes. Elle est cotée « bonne », « moyenne » ou « médiocre ».

Depuis, d'autres méthodes ont été décrites qui permettraient de mieux apprécier la force de contraction des releveurs de l'anus et surtout leur capacité à « tenir la contraction ». La technique considérée actuellement comme la plus appropriée pour le *testing* des releveurs est celle de Mansoor *et al.* (46), reprise par l'Anaes (3) dans le rapport concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence (cf. annexe 3).

Si au cours du *testing*, la patiente pousse sur son périnée (inversion de commande périnéale) au lieu de contracter les releveurs de l'anus, cela traduit une méconnaissance du fonctionnement normal de la musculature périnéale qui pourrait bénéficier d'une rééducation (consensus du groupe de travail).

Dans son rapport de 1995, l'Association française d'urologie mentionnait qu'il est classique d'associer cystocèle et/ou prolapsus utérin et incontinence chez la femme, mais qu'un des auteurs cités n'avait pas retrouvé de relation entre prolapsus et incontinence urinaire d'effort (47).

Harris et Bent (48) ont rappelé l'importance de rechercher une incontinence urinaire d'effort cachée chez les patientes présentant un prolapsus génital sévère, avant la correction chirurgicale, pour planifier correctement l'intervention et éviter de découvrir une incontinence urinaire comme complication du traitement du prolapsus.

Si la patiente n'est pas valide, l'examen physique à la recherche d'une incontinence urinaire est du ressort du spécialiste.

Les modalités de l'examen clinique en milieu urologique, préconisées par l'Association française d'urologie dans son rapport de 1995 (47), sont détaillées en annexe 4.

#### — *Conclusion*

Une question simple « vous arrive-t-il d'avoir des fuites d'urine » permet de dépister une incontinence urinaire. Sa découverte nécessite :

- de caractériser les troubles : incontinence urinaire isolée ou non associée à d'autres symptômes ;
- de rechercher les facteurs déclenchants ;
- d'évaluer l'importance des fuites ;
- d'en apprécier le retentissement sur la qualité de vie de la patiente ;
- de rechercher, par l'interrogatoire, l'ancienneté et les circonstances d'apparition des troubles, les antécédents gynéco-obstétricaux et chirurgicaux, d'autres pathologies concomitantes, les traitements médicamenteux en cours et les éventuels traitements et examens antérieurs pour l'incontinence ;
- de réaliser un examen clinique général et gynécologique qui doit rechercher un prolapsus vaginal, évaluer la qualité du plancher pelvien et la force de contraction des muscles périnéaux, rechercher une fuite urinaire provoquée par la toux ou la poussée ;
- de rechercher une pathologie associée qui peut aggraver ou déclencher une incontinence urinaire (l'examen neurologique ne serait à réaliser qu'en fonction des données de l'interrogatoire).

#### — *Recommandations*

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.

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) ;

- de rechercher la date d'apparition 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 pour 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).

Il est recommandé :

- de réaliser, chez une patiente allongée, vessie « semi-pleine », un examen uro-gynécologique qui doit 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.

### III.3.3. Valeur diagnostique des symptômes et des signes cliniques pour prédire le type d'incontinence urinaire

#### — *Valeur diagnostique des symptômes*

Quatre études présentées dans le *tableau 4* ci-après ont étudié la valeur diagnostique de différents questionnaires spécifiques portant sur les symptômes d'incontinence urinaire, par rapport au bilan urodynamique ou au *pad-test*, pour déterminer le type d'incontinence.

**Tableau 4.** Valeur des symptômes pour prédire le type d'incontinence.

Référence	Objectif-examen de référence	Nombre de sujets	Résultats	Conclusion
Lemack et Zimmern, 1999 (49)	Déterminer si le questionnaire UDI-6 pouvait prédire les résultats du bilan urodynamique  Bilan urodynamique (BUD)	128 femmes consultant pour une IU et/ou des troubles du bas appareil urinaire, d'âge moyen 61 ans (à l'exclusion des maladies neurologiques)	Détection IUE : - sensibilité = 84,8 % - spécificité = 63,4 %  Détection de l'hyperactivité du détrusor (impériosité) : - sensibilité = 68,6 % à 83,3 % - spécificité = 32,6 % à 64 % selon les questions  Détection d'un obstacle sous-cervical : - sensibilité = 39 % à 44 % - spécificité = 70 % à 85 % selon les questions	Par rapport au BUD, un questionnaire spécifique de l'IU comme l'UDI-6 a une bonne valeur diagnostique pour une IUE pure, une IU par impériosité et un obstacle sous-cervical (corrélations statistiquement significatives), mais ne permet pas d'estimer la sévérité de l'IU comme peut le faire le BUD
Lemack et Zimmern, 2000 (50)	Évaluer si le questionnaire l'UDI-6 combiné aux ATCD de chirurgie pour IU permet d'identifier les patientes qui doivent avoir un BUD avant chirurgie pour IUE  Bilan urodynamique (BUD)	Analyse rétrospective de 174 femmes ayant complété l'UDI-6 et ayant eu un BUD	91 % des 3 diagnostics considérés comme critiques (coexistence d'une IUE et d'une ID, VLPP de moins de 60 cm d'H <sub>2</sub> O, ID seule) ont pu être identifiés en combinant les ATCD de chirurgie pour UI avec un score de 2 ou 3 à la question n° 3 de l'UDI-6	Cependant aucun groupe de réponses à l'UDI-6, aucune des combinaisons entre ATCD de chirurgie pour IU et réponses à l'UDI-6 n'ont été capables d'identifier les 3 diagnostics considérés comme critiques de manière statistiquement significative
Harvey et al., 2001 (51)	Évaluer la validité des questionnaires suivants : IIQ, UDI, IIQ-7, UDI-6  Pad-test de 1 heure (pas de bilan urodynamique)	150 femmes recrutées par petites annonces, avec symptômes d'IU  98 incluses dans l'étude		Aucun questionnaire ne paraît valide dans cette population pour prédire les résultats du <i>pad-test</i>
Haeusler et al., 1995 (52)	Diagnostic différentiel entre IUE et IU par impériosité avec le <i>Gaudenz Incontinence Questionnaire</i> (questionnaire spécifique de l'IU utilisé dans les pays germanophones)  Bilan urodynamique (BUD)	Étude rétrospective sur les dossiers de 1 938 patients d'âge moyen 52 ans (26 -78)	Pour diagnostiquer l'IUE, par rapport au BUD - sensibilité = 55,9 % - spécificité = 44,7 % - VPP = 88 % - VPN = 18,1 % Pour diagnostiquer l'ID, par rapport au BUD - sensibilité = 61 % - spécificité = 56 % - VPP = 28 % - VPN = 98,5 %	Impossible d'identifier correctement le type d'incontinence

ATCD : antécédents, IUE : incontinence urinaire d'effort, ID : instabilité du détrusor (incontinence par impériosité), IIQ, UDI, IIQ-7, UDI-6 : questionnaires spécifiques de l'IU (cf. *tableau 10* et annexe 6), LPP : *leak point pressure*, VLPP : *Valsalva leak point pressure* (données du bilan urodynamique), VPP : valeur prédictive positive, VPN : valeur prédictive négative



Deux revues de la littérature ont également étudié la valeur diagnostique des symptômes par rapport au bilan urodynamique.

Une revue de 19 articles faite par Jensen *et al.* (53) et comprenant 3 092 patientes (cf. *tableau 5*) a étudié la valeur diagnostique des symptômes retrouvés à l'interrogatoire par rapport au bilan urodynamique pour identifier les trois types majeurs d'incontinence (d'effort, par impériosité et mixte) et a cherché, en particulier, si la présence ou l'absence d'un symptôme spécifique pouvait prédire un diagnostic d'incontinence urinaire d'effort ou d'incontinence urinaire par impériosité.

**Tableau 5.** Validité des symptômes par rapport au bilan urodynamique pour prédire le type d'incontinence (IU d'effort et IU par impériosité pouvant coexister, les patientes avec une IU mixte [n = 1 368] sont incluses dans les 3 groupes) d'après Jensen *et al.*, 1994 (53).

	IU d'effort	IU par impériosité	IU mixte
Sensibilité	91 %	74 %	48 %
Spécificité	51 %	55 %	66 %
Valeur prédictive positive	62 %	44 %	16 %
Valeur prédictive négative	38 %	56 %	84 %

IU : incontinence urinaire

Dans une deuxième revue générale (54), Sandvik a repris, outre les données de Jensen *et al.* citées ci-dessus, celles de trois études portant sur 729 patients et a montré que la validité diagnostique des symptômes variait selon que l'on incluait ou non dans chaque type d'incontinence (d'effort ou par impériosité) les incontinenances mixtes (cf. *tableau 6*).

**Tableau 6.** Validité des symptômes pour prédire le type d'IU si l'IUE est diagnostiquée seulement en l'absence de symptômes d'impériosité et vice versa (IU mixtes exclues ou incluses) d'après Sandvik, 1996 (54).

	IUE		IU par impériosité	
	IU mixte incluse	IU mixte exclue	IU mixte incluse	IU mixte exclue
Sensibilité	96 %	45%	68 %	60 %
Spécificité	65 %	67 %	49 %	92%
VPP	65 %	45 %	47 %	26%
VPN	35 %	55 %	53 %	74 %

IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort

Selon Sandvik, en médecine générale, la meilleure stratégie serait de prendre en compte l'incontinence urinaire d'effort sans considérer la composante d'impériosité, car les traitements souvent prescrits en première intention en médecine générale pour une incontinence urinaire d'effort (rééducation périnéo-sphinctérienne) pourraient être également efficaces sur les symptômes d'impériosité (54).

#### — Valeur diagnostique du test de provocation à l'effort

Le test de provocation à l'effort a pour but de constater une perte d'urine par le méat à la toux. Il est pratiqué avec une vessie à moitié remplie (environ 250 ml) en demandant à la patiente de pousser ou de tousser. Un tel test est dit positif quand on observe une perte d'urine simultanée à l'effort.

Trois études ont évalué la valeur diagnostique du test de provocation à l'effort (cf. *tableau 7* ci-dessous)

**Tableau 7.** Valeur diagnostique du test de provocation à l'effort pour le diagnostic d'une IUE.

Référence	Objectif-examen de référence	Nombre de sujets	Résultats	Conclusion
Summitt <i>et al.</i> , 1992 (55)	Évaluer la valeur diagnostique du test de provocation à l'effort par rapport au bilan urodynamique	90 femmes	89,5 % des patientes avec une IUE et 92 % des patientes avec une IU mixte avaient un test à l'effort positif alors que le test n'était positif que chez 17,7 % des patientes avec une IU par impériosité	Le bilan urodynamique reste indispensable pour un diagnostic de certitude du mécanisme de l'IU, surtout si un traitement chirurgical est envisagé
Carey <i>et al.</i> , 1997 (56)	Évaluer la valeur diagnostique du test de provocation à l'effort par rapport au bilan urodynamique	863 femmes	VPP = 91 % VPN = 50 % Parmi les 569 femmes avec une IUE, 59 % avaient une IUE « pure »	Le test à l'effort positif est un bon indice d'une IUE, mais seul le bilan urodynamique a permis de différencier les IU mixtes
Videla et Wall, 1998 (57)	Évaluer la valeur diagnostique du bilan clinique selon 4 critères (symptômes principaux en faveur d'une IUE, test de provocation à l'effort positif, RPM de 50 ml ou moins, capacité fonctionnelle de la vessie à 400 ml minimum) par rapport au bilan urodynamique	Étude rétrospective sur les dossiers de 652 femmes	74 femmes avaient cliniquement une IUE selon les 4 critères IUE confirmée chez 72 femmes (soit une VPP de 97 % pour le bilan clinique)	15 % (11 femmes) avaient aussi une ID au bilan urodynamique, dont 2 sans aucun symptôme d'impériosité

IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, ID : instabilité du détrusor (incontinence par impériosité), RPM : résidu post-mictionnel, VPP : valeur prédictive positive, VPN : valeur prédictive négative

Au total, le test de provocation à l'effort a une bonne valeur prédictive positive d'incontinence urinaire d'effort, mais ce test ne permet pas d'exclure une composante mixte. Un test de provocation à l'effort négatif n'élimine pas le diagnostic d'incontinence d'effort.

#### — Valeur diagnostique des symptômes et de l'examen clinique

Une revue de la littérature publiée entre 1975 et 1998 sur la valeur prédictive de l'évaluation clinique par rapport au bilan urodynamique pour le diagnostic du mécanisme de l'incontinence urinaire a repris les résultats de 12 études ayant inclus au total 2 763 patients (58). Selon cette revue, la valeur prédictive positive des symptômes d'incontinence urinaire d'effort « isolés » était de 56 % pour diagnostiquer une incontinence urinaire d'effort « pure » et de 79 % pour une incontinence d'effort associée à d'autres anomalies. La valeur prédictive positive des symptômes « mixtes » était de 77 % pour diagnostiquer une incontinence urinaire d'effort, qu'elle soit « pure » ou mixte.

Le test de provocation à l'effort avait une valeur prédictive positive de 55 % pour les incontinenances urinaires d'effort « pures » et de 91 % si on acceptait de ne pas différencier une incontinence urinaire d'effort « pure » d'une incontinence mixte. Le taux de faux positifs n'était alors que de 10 %.

Deux études reprises dans cette même revue de la littérature ont étudié la valeur diagnostique de l'association des symptômes d'incontinence urinaire d'effort au test de provocation à l'effort. Les valeurs prédictives positives étaient alors respectivement de 78 % et 97 %. L'étude de Videla et Wall, déjà citée au paragraphe précédent, qui rapportait la valeur prédictive positive la plus élevée, avait utilisé un catalogue mictionnel avec mesure des volumes urinaires avant de sélectionner les patientes, ce qui peut constituer un biais, en éliminant, grâce aux données fournies par ce catalogue, celles qui avaient des problèmes d'impériosité (57).

#### III.3.4. Conclusion

La valeur diagnostique des symptômes et de l'examen clinique n'est pas suffisamment élevée pour permettre un diagnostic fiable du mécanisme de l'incontinence urinaire (d'effort, par impériosité ou mixte). Cependant, pour le groupe de travail cette valeur diagnostique est suffisante pour que le diagnostic du type d'incontinence urinaire reste un diagnostic d'interrogatoire. Les données de l'interrogatoire sont à compléter par l'examen clinique, en sachant que l'absence de fuites provoquées par l'effort ou la toux au cours de cet examen n'élimine pas le diagnostic d'incontinence d'effort. Une pollakiurie de précaution n'est pas un signe d'instabilité vésicale.

#### III.3.5. Recommandation

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

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

### **IV. EN PLUS DES ANOMALIES DE LA FONCTION VÉSICO-SPHINCTÉRIENNE, QUELLES SONT LES PATHOLOGIES ORGANIQUES OU LES CAUSES IATROGÈNES QUI PEUVENT DÉCLENCHER OU AGGRAVER UNE INCONTINENCE URINAIRE ?**

Les situations cliniques pouvant aggraver ou déclencher une incontinence urinaire sont listées dans le *tableau 8*, adapté de l'AHCPR (6) par le groupe de travail. Selon l'AHCPR, le groupe de travail et le groupe de lecture, elles sont à rechercher systématiquement car elles peuvent être accessibles à une prise en charge spécifique, même chez les personnes âgées.

#### **IV.1. Pathologies organiques pouvant déclencher ou aggraver une incontinence urinaire**

Selon les experts réunis par l'AHCPR en 1996, les pathologies organiques pouvant déclencher ou aggraver une incontinence urinaire peuvent être évoquées à partir des signes cliniques suivants :

- pathologies du bas appareil urinaire (brûlures urinaires : suspecter une infection urinaire, hématurie : suspecter une tumeur des voies urinaires, douleur, irritation locale ou douleur pendant les rapports sexuels : chercher une vaginite atrophique, difficulté pour aller à la selle : chercher un fécalome, etc.) ;

- pathologies modifiant la répartition des différents compartiments liquidiens de l'organisme : œdèmes par insuffisance veineuse ou insuffisance cardiaque, qui peuvent augmenter la diurèse à certaines périodes, en particulier pendant la nuit par redistribution nocturne des liquides ;
- atteinte neurologique (incontinence urinaire d'apparition récente, association à des troubles sensitifs à type de dysesthésies, à des troubles sexuels, à des troubles sphinctériens anaux avec perte de sensation du passage des urines et des selles (6).

Selon les données de trois enquêtes épidémiologiques, le diabète, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, l'accident vasculaire cérébral (28), la constipation (12,37) et l'infection urinaire symptomatique (12) ont été significativement associés à l'incontinence urinaire (cf. *tableau 3*).

#### **IV.2. Causes iatrogènes pouvant déclencher ou aggraver une incontinence urinaire**

Selon les experts réunis par l'AHCPR en 1996 (6), les principaux médicaments déclenchant ou aggravant une incontinence urinaire sont :

- les diurétiques (polyurie, augmentation de la fréquence des mictions, impériosité) ;
- les anticholinergiques, par exemple antiparkinsoniens, antihistaminiques (rétention urinaire et incontinence par regorgement) ;
- les psychotropes dont :
  - les antidépresseurs (effets anticholinergiques et sédatifs),
  - les antipsychotiques (effets anticholinergiques et sédatifs, rigidité, diminution de la mobilité),
  - les sédatifs, hypnotiques, médicaments dépresseurs du système nerveux central (effets anticholinergiques, sédatifs et myorelaxants, diminution de la mobilité, syndrome confusionnel) ;
- les analgésiques morphiniques (effets sédatifs, rétention urinaire, fécalome, syndrome confusionnel) ;
- les alpha-bloquants (diminution de la résistance de l'urètre) ;
- les alpha-sympathicomimétiques, en particulier certains médicaments vendus sans ordonnance comme les décongestionnants nasaux (rétention urinaire) ;
- les bêta-sympathicomimétiques (rétention urinaire) ;
- les inhibiteurs calciques (rétention urinaire).

L'enquête rétrospective du CDRMG (7) a retrouvé chez les femmes incontinentes une prise significativement plus importante d'un ou de plusieurs des médicaments cité ci-dessus.

#### **IV.3. Erreurs hygiéno-diététiques**

Selon les experts réunis par l'AHCPR en 1996 (6), d'autres substances peuvent également aggraver ou déclencher une incontinence urinaire :

- l'alcool (polyurie, pollakiurie, impériosité, sédation, syndrome confusionnel, immobilité) ;
- la caféine.

L'enquête rétrospective du CDRMG (7) a retrouvé chez les femmes incontinentes une prise significativement plus importante d'alcool ou de caféine.

Une étude cas-témoins (59) a montré une association entre consommation de caféine et instabilité du détrusor, non significative pour une consommation de 100-400 milligrammes par jour, significative (OR : 2,4, intervalle de confiance à 95 % : 1,1-6,5) pour une consommation de plus de 400 milligrammes par jour. Dans cette étude la consommation de

café des femmes avec une instabilité du détrusor était significativement plus élevée que celle des femmes du groupe témoin. Les auteurs de cette étude n'ont pas vérifié si un changement de consommation pouvait avoir un impact sur l'incontinence urinaire.

Cependant, une enquête épidémiologique transversale (30) réalisée chez 12 529 sujets dont 6 139 femmes (déjà citée au paragraphe III.2.2 et détaillée *tableau 3*) n'a pas retrouvé de relation significative entre l'incontinence urinaire et la consommation de tabac, de thé, de sodas et d'alcool quand l'analyse était ajustée sur l'âge et le sexe.

#### **IV.4. Réduction de la mobilité, difficultés d'accès aux toilettes**

Selon l'AH CPR (6), les contraintes physiques pour arriver aux toilettes sont également des causes d'incontinence urinaire potentiellement réversibles.

Une seule étude a par ailleurs été identifiée. Wyman *et al.* (60) ont étudié l'importance de l'environnement dans la sévérité de l'incontinence urinaire chez 131 femmes sans troubles cognitifs vivant à domicile. Dans l'analyse multivariée seuls l'âge, la distance par rapport aux toilettes et la vitesse de la marche pour se rendre jusqu'aux toilettes étaient des prédicteurs significatifs, expliquant 17 % de la variance du nombre d'épisodes d'incontinence. Les limites de cette étude (nombre de sujets modeste, biais de sélection des patientes) ne permettent pas d'en tirer des conclusions définitives.

Le diagnostic d'incontinence urinaire due à des altérations cognitives, une atteinte de la mobilité, ne doit être porté qu'après identification et correction de toutes les causes réversibles (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

**Tableau 8.** Identification et prise en charge des situations causant ou contribuant à une incontinence urinaire, et pouvant bénéficier d'un traitement spécifique d'après l'AHCPR, 1996 (6), modifié et complété par le groupe de travail.

Situations	Prise en charge
<b>Atteinte du bas appareil urinaire</b>	
Infection urinaire symptomatique (cystite, urétrite)	Antibiothérapie
Vaginite atrophique	Œstrogènes
Fécalome	Évacuation du fécalome, traitement de la constipation, prévention par l'augmentation des apports liquidiens, des apports en fibres et de la mobilité
<b>Effets secondaires des médicaments ou d'autres substances</b>	
Diurétiques Anticholinergiques (antiparkinsoniens, anti-histaminiques) Psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, sédatifs, hypnotiques, médicaments déprimeurs du système nerveux central ) Analgésiques morphiniques Alpha-bloquants Agonistes alpha-adrénergiques (décongestionnants nasaux) Agonistes bêta-adrénergiques Inhibiteurs calciques Alcool Caféine	Arrêter ou changer le traitement si possible. Diminuer les dosages (horaires flexibles ou diurétiques à action rapide par exemple)
<b>Polyurie</b>	
Maladie métabolique (diabète, hypercalcémie)	Meilleur contrôle du diabète. Traitement de l'hypercalcémie selon la cause
Ingestion excessive de liquides	Diminution des apports liquidiens diurétiques (par ex. boissons contenant de la caféine)
Insuffisance veineuse avec œdème (nycturie)	Bas de contention, élévation des jambes, régime hyposodé
Insuffisance cardiaque congestive (nycturie)	Traitement approprié (diurétiques)
<b>Difficulté d'accès aux toilettes</b>	
Syndrome confusionnel	Diagnostic et traitement de la cause
Maladie chronique, ou autres qui interfèrent avec mobilité	Proposer à la patiente d'aller aux toilettes régulièrement, utilisation d'un bassin, aménagement de l'environnement (bassin, chaise percée à proximité)
Cause psychique (dépression ou troubles cognitifs)	Traitement approprié si possible sinon, mêmes mesures que ci-dessus
<b>Autres causes</b>	
Vieillesse, syndrome d'apnée du sommeil	Proposer à la patiente d'aller aux toilettes régulièrement
Atteinte neurologique	Examen neurologique des membres inférieurs et du périnée et traitement si possible

#### **IV.5. Conclusion**

Les symptômes d'incontinence urinaire peuvent être déclenchés ou aggravés par des facteurs indépendants du fonctionnement de l'appareil urinaire. Le rôle aggravant de l'alcool et de la caféine n'est pas complètement prouvé.

Les facteurs réversibles, en particulier diététiques et médicamenteux, sont à rechercher systématiquement car ils peuvent être accessibles à une prise en charge même chez les personnes âgées. Certains signes cliniques peuvent orienter vers une pathologie organique. Le diagnostic d'incontinence urinaire due à des altérations cognitives ou à une limitation de la mobilité ne doit être porté qu'après identification et correction de toutes les causes réversibles.

#### **IV.6. Recommandation**

Il est recommandé de rechercher des symptômes ou signes associés orientant vers une pathologie organique susceptible de déclencher ou d'aggraver une incontinence urinaire et qui peut 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 (vaginite 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).

### **V. COMMENT QUANTIFIER LE RETENTISSEMENT D'UNE INCONTINENCE URINAIRE ?**

Le but de l'analyse et de la quantification de la gêne liée à l'incontinence urinaire exprimée par la patiente est de faciliter la stratégie diagnostique, la décision thérapeutique et l'évaluation de l'efficacité des traitements.

#### **V.1. Échelles d'évaluation de l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie**

Les échelles de qualité de vie se présentent sous la forme de questionnaires. Pour donner des résultats fiables, c'est-à-dire mesurer ce qu'elles prétendent mesurer, ces échelles doivent être fidèles, sensibles au changement et validées. La définition et l'évaluation des principales qualités d'une échelle ont été précisées dans les standards définis par l'*American Psychological Association* (61). La qualité d'une échelle est d'autant plus élevée que le contenu de ces standards est respecté (cf. annexe 5).

Pour l'évaluation de la qualité de vie, deux types d'échelles peuvent être utilisés, les échelles génériques qui évaluent l'état global de la qualité de vie des patientes quelle que soit leur pathologie ou les échelles spécifiques d'une pathologie donnée.

### V.1.1. Échelles génériques de qualité de vie

Cinq questionnaires validés ont été utilisés dans l'incontinence urinaire (cf. *tableau 9*). Le *Nottingham Health Profile* (NHP) existe en français, il est court et facile à remplir, mais est destiné à l'évaluation de la qualité de vie de patients atteints de maladies graves. Deux enquêtes antérieures à 1995 ont utilisé le NHP dans l'incontinence urinaire (16).

Le *Sickness Impact Profile* (SIP) a été considéré comme trop long et difficile à utiliser (18,62).

Le *Short Form* (SF)-36 serait plus sensible que le NHP. Deux versions successives (versions 1.1 et 1.3, la version 1.2 n'ayant pas fait l'objet de publication) ont été validées en français (63,64).

Selon les auteurs qui les ont utilisés (cf. *tableau 9* ci-après), ces questionnaires sont peu sensibles aux effets de l'incontinence sur la qualité de vie et à l'amélioration de celle-ci après traitement.

**Tableau 9.** Échelles génériques de qualité de vie utilisées dans l'incontinence urinaire.

Intitulé	Version française	Références
SF-36 ( <i>Short Form 36</i> )	Oui	Patrick <i>et al.</i> , 1999 (24) ; Sand <i>et al.</i> , 1999 (65) ; McFall <i>et al.</i> , 2000 (66) ; Sander <i>et al.</i> , 1999 (67)
<b>NPH (<i>Nottingham Health Profile</i>)</b>	<b>Oui</b>	<b>Grimby <i>et al.</i>, 1993 (16)</b>
<b>SIP (<i>Sickness Impact Profile</i>)</b>		<b>Bergner <i>et al.</i>, 1976 (62) ; Hunskaar et Vinsnes, 1991 (18)</b>
<b>PGWB (<i>Psychological General Well-Being</i>)</b>		<b>Patrick <i>et al.</i>, 1999 (24)</b>
<b>PAIS (<i>Psychosocial adjustment to illness scale</i>)</b>		<b>Kelleher <i>et al.</i>, 1997 (17)</b>

### V.1.2. Échelles spécifiques de l'incontinence urinaire

L'analyse de la littérature a permis de dénombrier 14 échelles spécifiques de l'incontinence urinaire (cf. *tableau 10* ci-après). Plusieurs évaluent quantitativement les symptômes mais ne mesurent pas forcément la qualité de vie. Il existe des échelles pour l'incontinence urinaire en général ou spécifiques à l'incontinence urinaire d'effort ou à l'incontinence urinaire par impériosité.

Plusieurs échelles ont été validées seulement en anglais : l'*Urogenital Distress Inventory* (UDI) et ses dérivés mesurent la fréquence des épisodes d'incontinence urinaire et la gêne ressentie, d'autres comme l'*Impact Incontinence Questionnaire* (IIQ), le *Symptom Impact Index for Stress Incontinence*, le *Kings Health Questionnaire*, l'*Incontinence Quality of Life* (I-QOL), évaluent l'impact de l'incontinence sur la qualité de vie. L'UDI-6 et l'IIQ-7 sont détaillés en annexe 6.

Une échelle de mesure du handicap urinaire (MHU) pour l'évaluation fonctionnelle (cf. annexe 7), élaborée en français et validée, a été proposée par Amarenco *et al.* en 1992 (10). Cette échelle a été reprise et modifiée par les groupes de travail qui ont élaboré les recommandations de l'Andem en 1995 (1) et celles de l'Anaes en 2000 (3). Elle sert à



classer les patientes suivant les symptômes ressentis, sans mesurer le retentissement des troubles.

Depuis, deux échelles françaises mesurant l'impact sur la qualité de vie de l'incontinence urinaire ont été validées :

- l'échelle Ditrovie® (cf. annexes 8 et 9), échelle spécifique à l'incontinence par impériosité qui existe en version longue ou courte (68,69) ;
- le questionnaire Contilife® (cf. annexe 10) également validé, utilisable pour tous les types d'incontinence urinaire (70).

Les deux sont recommandées par l'Anaes dans sa publication sur la rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme (3).

**Tableau 10.** Échelles spécifiques de qualité de vie dans l'incontinence urinaire.

Intitulé	Version française	Références
<i>Kings Health Questionnaire</i>		<b>Kelleher et al., 1997 (17)</b>
<i>I-QOL (Incontinence quality of life instrument)</i>	<b>Oui</b>	<b>Patrick et al., 1999 (24)</b>
<b>Ditrovie®, version longue (24 questions) ou courte (10 questions)</b>	<b>Oui</b>	<b>Marquis et al., 1997 (69) ; Amarenco et al., 1997 (68) ; Amarenco et al., 1998 (71) ; Anaes, 2000 (3)</b>
<i>IIQ (Incontinence Impact Questionnaire)</i>		<b>Shumaker et al., 1994 (72) ; Valerius, 1997 (73) ; Sander et al., 1999 (67).</b>
<i>UDI (Urogenital Distress Inventory)</i>		<b>Shumaker et al., 1994 (72)</b>
<i>IIQ-7 (Incontinence Impact Questionnaire short form)</i>		<b>Uebersax et al., 1995 (74) ; Sander et al., 1999 (67) ; Robinson et al., 1998 (22)</b>
<i>UDI-6 (Urogenital Distress Inventory short form)</i>		<b>Uebersax et al., 1995 (74) ; Robinson et al., 1998 (22)</b>
<i>U-IIQ (Urge IIQ)</i>		<b>Brown et al., 1999 (75) ; Lubeck et al., 1999 (25) ; Valerius, 1997 (73)</b>
<i>U-UDI (Urge-UDI)</i>		<b>Brown et al., 1999 (75) ; Lubeck et al., 1999 (25)</b>
<i>YIPS (York Incontinence Perceptions Scale)</i>		<b>Lee et al., 1995 (76)</b>
<i>B-FLUTS (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire)</i>		<b>Jackson et al., 1996 (77) ; Jackson et al., 1999 (78) ; Temml et al., 2000 (14) ; Møller et al., 2000 (26)</b>
<i>Symptom Impact Index for Stress Incontinence</i>		<b>Black et al., 1996 (79)</b>
MHU (mesure du handicap urinaire)	<b>Oui</b>	<b>Amarenco et al., 1992 (10) ; Andem, 1995 (1) ; Anaes, 2000 (3)</b>
Contilife®	<b>Oui</b>	<b>Amarenco et al., 2003 (70) ; Anaes, 2000 (3)</b>

### V.1.3. Conclusion

Il n'est pas possible de prédire l'impact de l'incontinence sur la qualité de vie d'une patiente déterminée car il dépend des symptômes et du caractère de chaque patiente.

Il existe des outils appropriés pour mesurer l'impact sur la qualité de vie de l'incontinence urinaire en général ou des types spécifiques d'incontinence. Ces outils servent à suivre des améliorations subjectives et objectives sous traitement, ils n'ont pas été évalués en médecine

générale. Si on souhaite utiliser un questionnaire de qualité de vie, on peut utiliser le questionnaire Contilife® et l'échelle Ditrovie®.

#### V.1.4. Recommandation

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.

## VI. UNE FOIS LE DIAGNOSTIC D'INCONTINENCE URINAIRE PORTÉ, QUELLES DÉCISIONS PRENDRE ET QUELLE STRATÉGIE D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PRESCRIRE ?

Le but de la démarche diagnostique est de distinguer les patientes qui ont besoin d'une évaluation approfondie avant d'initier un traitement de celles qui peuvent recevoir un traitement initial après une évaluation paraclinique minimale.

### VI.1. Évaluation paraclinique minimale

#### VI.1.1. Données de la littérature

Pour l'AHCPR en 1996 (6), l'évaluation minimale à réaliser en cas d'incontinence urinaire devait comprendre, outre l'interrogatoire et l'examen clinique :

- une estimation du résidu post-mictionnel soit par sondage soit par échographie pelvienne ;
- un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) ou une bandelette urinaire (en sachant que la valeur diagnostique de la bandelette varie selon les tests utilisés et les populations testées), suivi d'un ECBU en cas de leucocyturie ou de bactériurie.

Après cette évaluation (et identification et correction des facteurs réversibles), l'AHCPR estimait qu'il est possible d'initier une intervention thérapeutique (même chirurgicale) en fonction du diagnostic présomptif, « à condition qu'il n'existe pas d'indications pour poursuivre les investigations » (les indications d'une évaluation paraclinique plus poussée selon l'AHCPR sont détaillées plus loin).

#### VI.1.2. Évaluation des performances diagnostiques des examens paracliniques « de base »

##### — *La mesure du résidu post-mictionnel*

Selon une revue générale déjà citée (54), il n'existe pas de preuve scientifique pour recommander une évaluation du résidu post-mictionnel dans le bilan initial d'une incontinence urinaire car une incontinence urinaire avec résidu augmenté serait rare dans la population non institutionnalisée (1 % ou moins selon les auteurs cités).

Une étude a rappelé que la palpation bimanuelle n'avait qu'une sensibilité de 14 % pour diagnostiquer des volumes résiduels supérieurs à 50 ml, 50 ml étant la limite supérieure du résidu post-mictionnel considéré comme normal (80).

Les performances de l'échographie pelvienne pour l'évaluation du résidu post-mictionnel ont été considérées comme « raisonnables » par l'AHCPR en 1996 (6), mais comme « médiocres » par l'Andem en 1995 (1).

Dans la littérature publiée depuis 1996, seules 4 études, portant uniquement sur les performances des appareils automatisés (*Bladderscan*®) pour la mesure échographique du résidu post-mictionnel, ont été identifiées. Deux types d'appareils ont été évalués, le BVI 2000 et le BVI 2500.

Dans la première étude, Ouslander *et al.* (81) ont retrouvé une excellente reproductibilité intra et inter-examineurs, mais ont conclu à la nécessité de répéter l'examen plusieurs fois en cas de résidu post-mictionnel relativement important car la sensibilité pour détecter des volumes importants était médiocre. Compte tenu de la sensibilité et de la spécificité de la mesure, dans cette étude, la valeur prédictive positive de ce type d'appareil, pour un résidu post-mictionnel > 200 ml, variait de 80 à 94 % (selon que l'on prenait en compte une prévalence de 5 % ou de 20 % pour un tel volume de résidu post-mictionnel dans la population testée).

Dans la deuxième étude, Goode *et al.* (82) ont retrouvé une sensibilité de 66,7 % et une spécificité de 96,5 % du BVI 2500 pour identifier un résidu post-mictionnel de 100 ml ou plus et ont précisé que le calcul automatique du volume du résidu post-mictionnel pouvait être erroné en cas d'hystérectomie antérieure.

Les résultats de ces deux études sont détaillés dans le *tableau 11* ci-après.

**Tableau 11.** Évaluation du résidu post-mictionnel (RPM).

Référence	Objectif-examen de référence	Nombre de sujets	Résultats	Conclusion
Ouslander <i>et al.</i> , 1994 (81)	Évaluation de la valeur diagnostique de l'échographie par BVI 2000 pour mesurer le RPM par rapport au sondage	201 sujets résidant en maison de retraite (dont 74 % de femmes)	Pour un RPM de 50 ou 100 ml - sensibilité : 90 ou 95 % - spécificité : 71 % et 63 %  Pour un RPM > 200 ml - sensibilité : 69 % - spécificité : 0,99 %	Sensibilité médiocre pour détecter des résidus post-mictionnels importants
Goode <i>et al.</i> , 2000 (82)	Évaluation de l'échographie par BVI 2500 comparé au sondage comme examen de référence	95 femmes incontinentes vivant à domicile (âge moyen 67, 32-92)	Pour un RPM de 100 ml ou plus - sensibilité : 67 % - spécificité : 96 %	Sensibilité médiocre pour détecter des résidus post-mictionnels importants

La troisième étude, menée par Topper *et al.* (83), a conclu qu'avec le BVI 2000, l'exactitude de la méthode n'est pas suffisante dans la plupart des cas, surtout chez les obèses et si les utilisateurs étaient peu expérimentés.

Dans la quatrième étude, Ding *et al.* (84) ont retrouvé une erreur d'estimation de 52 ml en moyenne avec le BVI 2500, et concluent qu'il était possible de diagnostiquer correctement 9/10 patientes parmi celles ayant un résidu post-mictionnel entre 100 et 200 ml. Cette étude avait été effectuée par un seul examinateur, ce qui limite la généralisation de ses conclusions.

Au total, selon les études, les échographes avec mesure automatisée du résidu post-mictionnel ont donc une sensibilité de 67 à 90 % et une spécificité de 71 à 96 % pour mesurer le résidu post-mictionnel.

L'échographie pelvienne peut cependant être préférée au sondage pour l'estimation du résidu post-mictionnel : pas de risque infectieux, pas de risque de traumatisme, examen moins désagréable pour la patiente (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

— *La bandelette urinaire et l'examen cyto bactériologique des urines*

Une leucocyturie n'est pas synonyme d'infection urinaire chez les incontinents chroniques âgés. Une prévalence de leucocyturie de 45 % a été rapportée parmi les incontinents résidant en institution, mais la prévalence de la bactériurie n'était que de 43 % (85). Les données de la littérature sur l'effet d'une bactériurie asymptomatique sur l'incontinence sont contradictoires. Selon une étude (86) l'incontinence n'est pas modifiée par une bactériurie asymptomatique chez la femme âgée, et selon une autre (87) une amélioration des symptômes ou une guérison de l'incontinence serait observée chez des femmes plus jeunes quand on traite la bactériurie.

Au total, la valeur diagnostique de la bandelette ou de l'examen cyto bactériologique des urines pour le diagnostic d'une infection urinaire ou la mise en évidence d'une hématurie n'a pas été étudiée. L'effet d'une bactériurie asymptomatique sur l'incontinence est mal évalué.

### VI.1.3. Conclusion

Ces conclusions sont le résultat d'un consensus du groupe de travail et du groupe de lecture.

La vérification de la stérilité des urines par bandelette urinaire ou par examen cyto bactériologique des urines n'est pas à pratiquer systématiquement chez toute femme présentant une incontinence urinaire. Elle est indiquée chez les femmes présentant une incontinence par impériosité ou mixte, chez les femmes âgées et/ou chez celles qui portent régulièrement des protections pour leur incontinence urinaire, chez les femmes devant subir un bilan urodynamique et une cystoscopie.

La recherche d'un résidu post-mictionnel n'est indiquée que dans les cas suivants :

- en cas d'incontinence d'effort, uniquement si un traitement chirurgical est envisagé (la recherche d'un résidu post-mictionnel n'est pas systématiquement recommandée avant la prescription en première intention d'une rééducation périnéo-sphinctérienne) ;
- en cas d'incontinence par impériosité, uniquement si un traitement médicamenteux par anticholinergique est indiqué et qu'une rétention urinaire est suspectée et/ou s'il s'agit d'une patiente âgée ;
- en cas d'incontinence mixte, uniquement après échec d'une rééducation, si un traitement médicamenteux par anticholinergique est indiqué.

L'échographie vésicale par voie sus-pubienne est à préférer au sondage pour évaluer le résidu post-mictionnel (meilleur confort pour les patientes, absence de risque infectieux).

### VI.1.4. Recommandations

La vérification de la stérilité des urines par bandelette urinaire ou par examen cyto 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 d'un résidu post-mictionnel n'est pas systématiquement 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.

## **VI.2. Quand faire une évaluation plus poussée ?**

L'AHCPR (6) a recommandé une évaluation plus poussée dans les cas suivants :

- si le diagnostic est incertain et s'il est impossible de proposer un traitement raisonnable après l'évaluation initiale (par exemple quand il n'y a pas de corrélation entre symptômes et évaluation clinique) ;
- si la patiente ne répond pas à un essai thérapeutique d'épreuve (et veut poursuivre un traitement) ;
- si on envisage une intervention chirurgicale ;
- si on est en présence d'une hématurie sans infection ;
- si on est en présence d'une pathologie associée ;
- en cas d'infections urinaires à répétition ;
- en cas de difficultés persistantes à vider la vessie ;
- en cas d'antécédents de chirurgie pour incontinence urinaire ou de chirurgie pelvienne ;
- en cas de prolapsus de stade 3 ou 4 ;
- en cas d'augmentation du volume résiduel ;
- en cas d'anomalie neurologique.

Les objectifs de cette évaluation plus poussée sont :

- d'identifier la cause spécifique avec reproduction de la fuite pendant l'examen ;
- d'identifier les pathologies qui donnent des symptômes similaires, mais sont traitées différemment (hypocontractilité du détrusor, insuffisance sphinctérienne, etc.) ;
- de détecter les lésions neurologiques, anatomiques ou fonctionnelles du bas appareil urinaire ;
- d'aider à trouver l'information pour décider d'un traitement adéquat (et identifier les facteurs de risque qui peuvent influencer les résultats d'un traitement spécifique).

### **VI.2.1. Indications du bilan urodynamique**

Le bilan urodynamique est un examen qui dure environ une demi-heure et nécessite un sondage.

Pour l'Andem en 1995 (1), la pratique des explorations urodynamiques, à réaliser par un spécialiste, facilitait la compréhension physiopathologique de l'incontinence urinaire et de

son étiologie. La pratique de cette exploration était encouragée au cours des situations suivantes :

- incontinence urinaire par impériosité ;
- incontinence urinaire récidivée (postopératoire ou après échec de la rééducation) ;
- bilan préopératoire.

Pour l'AHCPR en 1996 (6), le bilan urodynamique était considéré comme un test spécialisé, indiqué uniquement si l'incontinence persiste après correction de facteurs réversibles éventuels et après échec d'un traitement initial ou si un traitement chirurgical est envisagé d'emblée.

Les recommandations de la Société des gynécologues-obstétriciens du Canada (88), limitées à la prise en charge de l'incontinence d'effort, ne préconisaient le bilan urodynamique qu'en cas d'indication chirurgicale.

#### VI.2.2. Indications de la cystoscopie

Pour l'Andem en 1995 (1), l'urétéro-cystoscopie rigide chez la femme était un examen indispensable en cas de récurrence ou de survenue postopératoire d'une incontinence. Cet examen était recommandé à chaque fois qu'une pathologie urothéliale ou qu'une anomalie anatomique acquise ou congénitale pouvait être raisonnablement suspectée.

Pour l'AHCPR en 1996 (6), la cystoscopie chez un patient incontinent pouvait être indiquée dans les situations suivantes :

- hématurie stérile ou leucocyturie ;
- échec du bilan urodynamique à reproduire les symptômes ;
- apparition récente de symptômes traduisant une irritation vésicale, de douleurs vésicales, d'infection urinaire récidivante ou de suspicion d'un corps étranger intravésical.

#### VI.2.3. Indications de l'imagerie

Pour l'Andem en 1995 (1), comme pour l'AHCPR en 1996 (6), l'imagerie du bas et du haut appareil urinaire n'était pas systématique dans l'exploration d'une incontinence urinaire et venait compléter l'examen clinique. Les indications sélectionnées par l'Andem étaient les suivantes : récurrence d'une incontinence urinaire après traitement chirurgical, suspicion d'un obstacle sous-cervical, prolapsus utérin avec ou sans rectocèle, hématurie, pathologie associée.

Toujours selon l'Andem, l'urographie intraveineuse n'avait pas de place en première intention pour explorer une incontinence urinaire.

#### VI.2.4. Conclusion

Ces conclusions sont le résultat d'un consensus du groupe de travail et du groupe de lecture. Un bilan urodynamique complémentaire n'est proposé que dans les cas suivants, après avis spécialisé :

- si le diagnostic 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 cas d'échec d'un traitement anticholinergique de première intention dans l'incontinence par impériosité ;
- si on envisage une intervention chirurgicale pour une incontinence urinaire d'effort ;

- si l'on est en présence ou l'on suspecte une pathologie associée (difficulté persistante à vider la vessie, augmentation du résidu post-mictionnel, antécédents de chirurgie pour incontinence urinaire, chirurgie ou irradiation pelvienne, prolapsus de stade 3 ou 4, anomalie neurologique telle que sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, neuropathie périphérique).

Un bilan urodynamique n'est donc pas recommandé dans l'incontinence urinaire d'effort pour prescrire une rééducation.

La cystoscopie peut être indiquée en cas d'infections urinaires à répétition ou d'hématurie.

L'urographie intraveineuse et l'échographie du haut appareil urinaire ne font pas partie du bilan de première intention d'une incontinence urinaire.

#### VI.2.5. Recommandations

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 (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.

## VII. QUELLES SONT LES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME ?

### VII.1. Traitements comportementaux

Ils sont basés sur une prise de conscience des délais et des fréquences des mictions (3).

En effet, un certain nombre de patientes sont victimes de troubles mictionnels à composante comportementale. Il s'agit de mictions impérieuses et/ou de fuites urinaires par impériosité déclenchées dans des situations particulières (par exemple en arrivant chez soi). Ces troubles sont liés à des réactions de type phobique (peur de perdre ses urines, pollakiurie de précaution) ou anxieux (précipitation aux toilettes et oubli de toute retenue) ou à des habitudes anciennes (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

#### VII.1.1. Reprogrammation mictionnelle et catalogue mictionnel

L'objectif de la reprogrammation mictionnelle (ou rééducation vésicale des anglo-saxons « *bladder training* ») est d'éduquer la patiente pour qu'elle comprenne la fonction normale

de la vessie et puisse augmenter l'intervalle entre deux mictions et le volume uriné selon un schéma prédéterminé imposé ou parfois ajusté par la patiente elle-même, jusqu'à obtenir si possible un intervalle de 2 à 3 heures entre deux mictions et un rétablissement de la continence (6). La miction programmée, différée, prévoit un intervalle mictionnel progressivement augmenté, accompagné de techniques d'occupation et de relaxation (1).

Une revue systématique de la littérature réalisée dans le cadre de la *Cochrane Collaboration* (89) a conclu que les exercices de reprogrammation mictionnelle pouvaient être utiles pour le traitement de l'incontinence urinaire par impériosité (cf. *tableau 12* ci-dessous). Les auteurs de cette revue ont précisé que les essais inclus étaient méthodologiquement discutables (groupes de patients pas toujours comparables, âges différents, bilan urodynamique non généralisé, traitements comparatifs variables et absence de suivi prolongé).

**Tableau 12.** Revue systématique des études évaluant la reprogrammation mictionnelle (« *bladder training* ») dans l'incontinence urinaire par impériosité d'après Roe *et al.*, 2002 (89).

Critères de sélection des études	Nombre de patients inclus	Critères d'inclusion des patients	Résultats et conclusions
7 études randomisées ou presque randomisées de qualité variable dont 3 (92 femmes) ont comparé la reprogrammation mictionnelle à l'absence de traitement, 1 au traitement médicamenteux, 2 au traitement médicamenteux associé à la reprogrammation mictionnelle	259 patients, essentiellement des femmes	Symptômes d'incontinence par impériosité ou diagnostic urodynamique d'instabilité du détrusor	La reprogrammation mictionnelle vésicale peut être utile pour le traitement de l'incontinence urinaire par impériosité Il n'existe pas de preuves scientifiques suffisantes pour conclure que les traitements médicamenteux sont plus efficaces que la reprogrammation mictionnelle seule ou qu'ils soient utiles en complément de celle-ci

Un catalogue mictionnel peut aider la patiente à prendre conscience des circonstances de son incontinence urinaire et à établir les bases pour commencer la rééducation (3). Selon les auteurs de plusieurs essais randomisés contrôlés ayant comparé l'efficacité d'un anticholinergique à un placebo dans l'incontinence par impériosité, l'amélioration observée dans le groupe placebo serait due à la tenue d'un catalogue mictionnel (90,91).

#### VII.1.2. Relaxation

Selon le groupe de travail et le groupe de lecture, certains thérapeutes ont recours à des techniques de relaxation en complément de la reprogrammation mictionnelle et des techniques rééducatives.

#### VII.1.3. Conclusion

Les traitements comportementaux sont utiles dans le traitement de l'incontinence urinaire par impériosité. Ils n'ont pas été comparés aux traitements médicamenteux dans cette indication. L'intérêt de l'association des traitements comportementaux et du traitement médicamenteux n'est pas non plus prouvé.

#### VII.1.4. Recommandation

Les traitements comportementaux (reprogrammation mictionnelle, tenue d'un calendrier mictionnel) sont recommandés dans le traitement de l'incontinence par impériosité (grade C).



## VII.2. Rééducation périnéo-sphinctérienne

Les principaux points des recommandations du rapport Anaes « Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques » (3) sont repris ci-dessous. Les données de deux revues systématiques de la littérature publiée postérieurement à ces recommandations ont également été ajoutées (92,93).

### VII.2.1. Techniques de rééducation

Les différentes techniques de rééducation (travail manuel intravaginal des muscles du plancher pelvien et exercices du plancher pelvien, *biofeedback* instrumental, électrostimulation fonctionnelle, cônes) sont le plus souvent associées les unes aux autres en fonction et suivant l'évolution du bilan de rééducation (3). Leur principe est détaillé en annexe 11.

### VII.2.2. Efficacité et objectifs des techniques de rééducation comparées les unes aux autres

#### — Rééducation et incontinence d'effort

Dans l'incontinence urinaire d'effort, l'analyse de la littérature réalisée par l'Anaes en 2000 (3) a montré la supériorité du *biofeedback* et du travail musculaire par rapport à la stimulation électrique et à l'utilisation des cônes (grade C).

Selon une revue systématique de la littérature faite dans le cadre de la *Cochrane Collaboration* (93), détaillée dans le *tableau 13*, il semble que les exercices du plancher pelvien sont efficaces dans l'incontinence urinaire d'effort ou mixte. La plupart des études ont cependant été réalisées chez des femmes jeunes, avant la ménopause, avec de petits échantillons et sont toutes méthodologiquement discutables.

Toujours selon cette revue, l'association des exercices du plancher pelvien, de l'électrostimulation fonctionnelle, et d'une reprogrammation du comportement mictionnel ne semble pas plus efficace que les exercices du plancher pelvien seuls, et l'intérêt de l'association du *biofeedback* aux exercices du plancher pelvien n'est pas clairement prouvé.

**Tableau 13.** Revue systématique des études évaluant les exercices de renforcement du plancher pelvien dans l'incontinence urinaire d'après Hay-Smith *et al.*, 2002 (93).

Critères de sélection des études	Nombre de patients inclus	Critères d'inclusion des patients	Résultats et conclusions
43 essais contrôlés randomisés avec une grande variabilité des programmes d'EPP étudiés et des bras « contrôles » (absence de traitement, médicaments, RPS avec <i>biofeedback</i> , etc.) selon les essais	3 795 patients	Symptômes ou diagnostic urodynamique d'IUE, d'IU par impériosité ou mixte (critères d'exclusion : altérations cognitives, maladies neurologiques, dépendance)	Les EPP sont plus efficaces que l'absence de traitement ou un placebo dans l'IUE ou l'IU mixte. La qualité des études disponibles ne permet pas de conclure que les EPP sont plus ou moins efficaces que d'autres traitements

EPP : exercices de renforcement du plancher pelvien, IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort.

Une autre revue systématique de la littérature faite dans le cadre de la *Cochrane Collaboration* (92) a étudié l'efficacité des cônes vaginaux. Si on compare le traitement avec cônes à l'absence de traitement actif, il semble que les cônes aient une efficacité dans le traitement de l'incontinence d'effort. Leur efficacité paraît similaire à celle de l'électrostimulation. Les résultats des études comparatives entre exercices du plancher pelvien et cônes sont contradictoires. Il n'y a pas de preuves que l'association cônes et

exercices du plancher pelvien ou électrostimulation donne de meilleurs résultats que les exercices du plancher pelvien ou l'électrostimulation seuls. Cependant, au regard des études fournies par la littérature et compte tenu de la difficulté du suivi pratique des patientes, de grandes réserves ont été émises par l'Anaes quant à l'efficacité des cônes vaginaux dans le cadre de la rééducation de l'incontinence urinaire de la femme (3).

— *Rééducation et incontinence urinaire par impériosité*

Selon l'Anaes, l'intérêt de la mise en œuvre de traitements comportementaux pour le traitement de l'incontinence urinaire par impériosité, ainsi que l'électrostimulation fonctionnelle utilisant un courant de fréquence de 5 à 25 Hz à visée inhibitrice du détrusor, est démontré. La mise en place d'un calendrier mictionnel journalier va permettre aux patientes de s'investir d'emblée dans ce traitement (3).

Selon la revue systématique de la littérature faite dans le cadre de la *Cochrane Collaboration* citée ci-dessus (93), le rôle des exercices du plancher pelvien dans le traitement de l'incontinence par impériosité n'est pas clair. Cependant pour l'Anaes (3) la recherche de l'augmentation de la force du plancher pelvien devrait faciliter l'inhibition du détrusor par le réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur (grade C).

— *Rééducation et incontinence urinaire mixte*

Dans l'incontinence urinaire mixte, le thérapeute doit, pour commencer, adapter le traitement à la patiente afin d'agir sur les symptômes gênants le plus celle-ci. Il dispose pour cela de toutes les techniques rééducatives déjà mentionnées (3).

### VII.2.3. Effets de la rééducation à distance

Les effets de la rééducation périnéo-sphinctérienne à moyen terme sont difficiles à évaluer. Au vu des études existantes, la diminution de l'incontinence liée à l'effort ou à l'impériosité semble persister durant la première année. L'entretien des effets du renforcement nécessite une autoprise en charge des patientes ainsi qu'une stratégie de suivi par le thérapeute (3).

### VII.2.4. Quand proposer aux patientes une rééducation périnéo-sphinctérienne ?

En pratique générale, pour l'Anaes, la rééducation périnéo-sphinctérienne est proposée en première intention chez les femmes présentant une incontinence à l'effort (3). Pour l'AHCPR elle est recommandée pour le traitement de l'incontinence d'effort, et en association à la reprogrammation du comportement mictionnel pour le traitement de l'incontinence par impériosité (6). Selon une revue de la *Cochrane Collaboration*, la rééducation périnéo-sphinctérienne est indiquée dans le traitement de l'incontinence d'effort ou mixte (93).

Selon l'Anaes, une prescription de 10 séances à 20 séances au maximum peut être proposée aux patientes.

À l'issue d'une première série de séances de rééducation, si aucune amélioration clinique objective ou subjective n'est notée, il convient de s'interroger sur le bien-fondé de la poursuite de la rééducation.

Si l'amélioration notée par la patiente et le thérapeute est insuffisante, mais existante, une prolongation du traitement est envisageable (10 à 15 séances).

Si l'amélioration est jugée satisfaisante ou suffisante par la patiente (critères subjectifs), si les critères objectifs d'évaluation montrent une amélioration nette ou une guérison, alors la

rééducation peut être interrompue. Toutefois l'analyse de la littérature a montré l'intérêt d'un suivi et d'une autoprise en charge des patientes dans le temps (3).

#### VII.2.5. Conclusion

Malgré le manque d'études bien contrôlées, la rééducation périnéo-sphinctérienne, avec ou sans complément de *biofeedback* ou d'une stimulation électrique, est efficace dans l'incontinence urinaire d'effort ou mixte. Dans l'incontinence par impériosité, son efficacité n'est pas aussi clairement démontrée. Elle peut cependant être proposée, associée à une reprogrammation du comportement mictionnel, dans le cadre d'une rééducation visant à inhiber les contractions vésicales. Elle ne comporte pas de risques et peut être utilisée à tout âge.

#### VII.2.6. Recommandations

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.

#### VII.2.7. Cas particulier de la rééducation périnéo-sphinctérienne postaccouchement

##### — Modalités de la rééducation périnéo-sphinctérienne postaccouchement :

Les modalités de la rééducation périnéo-sphinctérienne postaccouchement ont été décrites dans les recommandations élaborées par l'Anaes sur la rééducation dans le cadre du *post-partum* (4) :

- « s'il est nécessaire de rééduquer le plancher pelvien, la rééducation périnéo-sphinctérienne ne commencera qu'après la visite postnatale (6 à 8 semaines après l'accouchement) et un examen clinique complet. Dans le cadre d'une rééducation du *post-partum* globale, la synergie physiologique entre périnée et abdominaux est à respecter (le périnée doit être en mesure de se contracter préalablement à la contraction abdominale) ;
- l'information est préalable à toute mise en œuvre de la rééducation périnéo-sphinctérienne. Elle doit permettre d'expliquer les causes des troubles avec l'aide de planches anatomiques simples, d'exposer les techniques employées, d'obtenir le consentement éclairé de la patiente, et de lui faire comprendre l'importance d'un travail personnel entre les séances de rééducation ;
- le but de cette rééducation est de redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts. »

Les différentes techniques proposées dans ces recommandations sont les suivantes (4) :

- les techniques antalgiques par agents physiques ont été évaluées, seule la cryothérapie semble montrer un effet sur les douleurs périnéales mais son utilisation n'est pas acceptée par toutes les patientes et les autres techniques antalgiques restent à évaluer ;
- les techniques de rééducation les plus couramment utilisées pour le traitement des insuffisances musculaires périnéales ou de l'incontinence sont les exercices du

plancher pelvien et le *biofeedback* instrumental. En cas de lésion nerveuse récente, ce dont les accouchements sont fréquemment pourvoyeurs, il paraît prudent d'éviter l'électrostimulation dans la rééducation *post-partum* ; l'application d'un courant même spécifique peut provoquer un retard de régénération nerveuse ;

- les résultats de la rééducation du *post-partum* sont encourageants, mais actuellement, il semble difficile de proposer un protocole précis étant donné la diversité de ceux décrits dans les différentes études. L'association de techniques différentes semble supérieure à l'utilisation d'une technique isolée ;
- les exercices du plancher pelvien améliorent la force des muscles du périnée et diminuent l'incontinence urinaire d'effort (grade C).

L'Anaes, dans le texte déjà cité « Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques » (3), a rappelé qu'il n'y a pas de preuve qu'une rééducation précoce réalisée dans la période des 3 mois du *post-partum* soit plus efficace qu'une rééducation réalisée plus de 3 mois après l'accouchement. Une étude rétrospective a même montré que les résultats de la rééducation périnéo-sphinctérienne étaient meilleurs quand celle-ci était différée au-delà de 3 mois après l'accouchement. Cependant, il n'existe pas encore d'études prospectives démontrant l'intérêt d'une prise en charge après 3 mois.

#### — Conclusion

Il ne semble pas indiqué de prescrire une rééducation périnéo-sphinctérienne à toutes les femmes qui ont accouché. Elle peut être indiquée s'il y a eu des épisodes d'incontinence urinaire pendant la grossesse ou dans le *post-partum* et en cas de traumatisme obstétrical (poids de naissance de l'enfant élevé, forceps, épisiotomie, etc.). Il est recommandé de demander un bilan avant l'initiation de la rééducation, certaines femmes pouvant avoir besoin de seulement quelques séances pour apprendre à identifier les muscles du périnée et à le verrouiller dans certaines situations à risque, d'autres ayant besoin de plusieurs séries de séances. Le nombre de séances fixé au départ (par exemple 10) peut donc être modifié après l'évaluation par la sage-femme ou le kinésithérapeute, en concertation avec le prescripteur. Le moment le plus propice pour la rééducation périnéo-sphinctérienne du *post-partum* n'a pas été établi. Il est conseillé de la faire « dans l'année qui suit l'accouchement » en prenant en compte la disponibilité et la motivation de la femme (consensus du groupe de travail).

### VII.3. Traitement pharmacologique

Seuls l'utilisation des anticholinergiques dans l'incontinence par impériosité et le rôle potentiel de l'œstrogénothérapie sont développés, les autres classes (myorelaxants, tricycliques, inhibiteurs calciques, alpha-bloquants) n'étant pas utilisables pour un traitement de première intention.

Un certain nombre de molécules sont à l'étude actuellement (propiverine, darifenacine, duloxetine, capsaïcine, etc.), dont certaines en utilisation intravésicale (comme la capsaïcine). Elles ne seront pas non plus développées.

Les anticholinergiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché et actuellement commercialisés en France pour le traitement de l'incontinence par impériosité sont détaillés dans le *tableau 14* ci-après.

**Tableau 14.** Description des anticholinergiques disponibles en France pour le traitement de l'incontinence urinaire par impériosité d'après le dictionnaire Vidal 2003.

Médicament	Type	Dose moyenne	Commentaires
------------	------	--------------	--------------

recommandée par l'AMM			
Oxybutynine (Ditropan®, Driptane® <u>Gé</u> , Zatur® <u>Gé</u> )	Amine tertiaire Antagoniste muscarinique	Dose initiale : 2,5 mg 3 fois par jour Dose habituelle : 5 mg 2 à 3 fois par jour Dose maximale : 5 mg, 4 fois par jour	Chez le sujet âgé, la dose initiale est de 2,5 mg 2 fois par jour, et une dose de 10 mg en 2 prises est généralement suffisante Biodisponibilité très réduite (6,2 % en moyenne) Principaux effets secondaires : sécheresse buccale, constipation
Toltérodine (Détrusitol®)	Amine tertiaire Antagoniste muscarinique	1 à 2 mg 2 fois par jour	Tolérance améliorée par rapport à l'oxybutynine (plus grande sélectivité d'action sur la vessie que sur les glandes salivaires) Biodisponibilité variable : 17 % chez les métaboliseurs rapides (c'est-à-dire la majorité des patients), 65 % chez les métaboliseurs lents Médicament non remboursé
Chlorure de Trospium (Ceris®)	Amine quaternaire Antagoniste muscarinique (affinité négligeable pour les récepteurs nicotiniques)	20 mg 2 fois par jour (sauf en cas d'insuffisance rénale sévère)	Relaxation de la musculature lisse du détrusor Pas de passage dans le SNC chez l'animal Biodisponibilité très réduite (9,6 % en moyenne) Principaux effets secondaires : sécheresse buccale, dyspepsie, constipation
Flavoxate (Urispas®)	Antispasmodique urinaire	200 mg 3 fois par jour	Le mode d'action, mal connu, relève notamment de l'inhibition de la phosphodiesterase Principaux effets secondaires : constipation, sécheresse buccale Non recommandé par l'AHCP en 1996 (6), non mentionné par l'Andem en 1995 (1)

### VII.3.1. Anticholinergiques

#### — L'oxybutynine (Ditropan®, Driptane® Gé, Zatur® Gé)

L'oxybutynine a été recommandée comme médicament de choix par l'AHCP en 1996 quand un anticholinergique est indiqué dans l'incontinence urinaire par impériosité (6).

Son efficacité clinique reconnue est liée à son action anticholinergique et antispasmodique directe, mais sa tolérance est médiocre. L'oxybutynine a une grande affinité pour le tissu des glandes salivaires, ce qui explique que plus de 50 % des patientes souffrent de sécheresse buccale sous traitement. D'autres effets secondaires sont fréquents (sommolence, confusion, surtout chez les patientes âgées, constipation et vision floue), tous en général dose-dépendants (6). Selon une revue générale non systématique sur les nouveaux traitements de l'impériosité, seulement 18 % des patientes supportent ce traitement au-delà de 6 mois à 1 an (94).

Une étude sur 416 patientes présentant une incontinence par impériosité a montré une bonne efficacité et une meilleure tolérance de l'oxybutynine à faibles doses (à partir de 2,5 mg 3 fois/j), mais l'étude était ouverte, non randomisée et non contrôlée (95). C'est cette posologie qui a été recommandée comme posologie initiale lors de la modification de l'autorisation de mise sur le marché de l'oxybutynine en 1999. L'oxybutynine est remboursée aux assurés sociaux.

Il existe une forme d'oxybutynine à libération prolongée, non commercialisée en France. Selon une revue générale non systématique sur les nouveaux traitements de l'impériosité déjà citée, cette forme permet le maintien de concentrations plasmatiques « à l'équilibre » sur 24 heures, évitant les pics et les « vallées » plasmatiques observés avec les prises réparties dans la journée de la forme à libération immédiate. Des concentrations plasmatiques stables sont atteintes en 3 jours (94).

Toujours selon cette revue, les essais de phase III montrent une efficacité de la forme à libération prolongée identique à celle de la forme à libération immédiate, une meilleure compliance et une réduction des effets indésirables. Pour 75 % des patients, les doses efficaces sont de 5 ou de 10 mg/jour, et 60 % des patients restent sous traitement pendant 12 mois au plus à des posologies égales ou inférieures à 15 mg par jour (15 mg par jour étant la posologie maximale préconisée par le fabricant) (94).

Les résultats d'un essai clinique multicentrique randomisé contrôlé qui a comparé en double aveugle l'efficacité et la tolérance de l'oxybutynine à celle de l'oxybutynine LP sont détaillés *tableau 15* ci-dessous.

**Tableau 15.** Comparaison de l'oxybutynine à libération prolongée (LP) à l'oxybutynine dans l'incontinence par impériosité d'après Anderson *et al.*, 1999 (96).

Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats
105 patients (97 femmes, 8 hommes) d'âge moyen 55 ans présentant des symptômes d'impériosité et 6 épisodes ou plus d'IU par semaine	Recherche de doses pour l'oxybutynine-LP (5,10,15,20,25 et 30 mg/j <i>versus</i> l'oxybutynine 5 mg à 20 mg/j et évaluation de l'efficacité et de la tolérance de l'oxybutynine LP <i>versus</i> l'oxybutynine une fois la dose minimale efficace et bien tolérée de chaque forme connue pour chaque patient	Catalogue mictionnel hebdomadaire	Réduction significative du nombre d'épisodes d'incontinence urinaire par impériosité avec les deux traitements Pas de différence significative d'efficacité entre les 2 formes d'oxybutynine Incidence de la sécheresse buccale significativement diminuée dans le groupe oxybutynine LP (25 %) par rapport au groupe oxybutynine (46 %)

L'analyse des données combinées de deux essais multicentriques contrôlés, randomisés, en double aveugle, l'un ayant comparé l'oxybutynine LP à l'oxybutynine à libération immédiate et à un placebo, l'autre ayant comparé entre elles ces deux formes d'oxybutynine sans bras placebo, a montré une large variabilité de la dose nécessaire d'oxybutynine, quelle que soit sa forme, pour contrôler l'incontinence. La dose quotidienne efficace variait de 5 à 30 mg pour l'oxybutynine LP et de 5 à 20 mg pour l'oxybutynine à libération immédiate. Un des deux essais a montré une tendance, non significative, à une meilleure efficacité (à doses égales) de la forme LP par rapport à la forme à libération immédiate, ainsi qu'une moindre probabilité de sécheresse buccale, quand on augmente les doses, avec la forme LP qu'avec la forme à libération immédiate (97).

Comme pour l'oxybutynine à libération immédiate, l'apparition de la sécheresse buccale sous oxybutynine à libération prolongée semble dose-dépendante. Un essai multicentrique, randomisé contrôlé, a comparé l'efficacité et la tolérance des deux formes d'oxybutynine chez 226 patients. L'incidence de la sécheresse buccale n'était pas significativement différente entre les deux formes. En revanche, à une dose donnée, la proportion de patients rapportant une sécheresse buccale d'intensité modérée ou sévère et celle de patients rapportant une sécheresse buccale, quelle que soit son intensité, était significativement diminuée sous oxybutynine à libération prolongée (98).

Un essai clinique contrôlé, randomisé, en double aveugle réalisé chez 332 patients dont 276 femmes a conclu à une efficacité significativement supérieure de l'oxybutynine à libération prolongée par rapport à la toltérodine à libération immédiate (99). Cet essai est détaillé dans le *tableau 17* ci-après.

L'oxybutynine en patchs dermiques est actuellement en essais cliniques de phase III.

— *La toltérodine (Détrusitol®)*

La toltérodine a une affinité 8 fois moindre pour les récepteurs des glandes salivaires que l'oxybutynine, ce qui explique sa meilleure tolérance (91). La posologie préconisée est de 2 mg 2 fois par jour, excepté chez les patients présentant une fonction hépatique altérée pour lesquels la dose recommandée est de 1 mg 2 fois par jour.

L'efficacité de la toltérodine a été évaluée *versus* placebo dans 5 études (cf. *tableau 16* ci-après). Par rapport au placebo, la toltérodine à la dose de 1 ou 2 milligrammes, 2 fois par jour, a diminué de manière significative le nombre d'épisodes d'incontinence urinaire, la fréquence des mictions quotidiennes et a augmenté significativement le volume uriné à chaque miction.

**Tableau 16.** Essais randomisés évaluant l'efficacité et la tolérance de la toltérodine *versus* placebo sur l'incontinence urinaire (IU) par impériosité.

Auteur	Type d'étude	Nombre et caractéristiques des patients	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats
Malone-Lee <i>et al.</i> , 2001 (100)	Essai randomisé contrôlé <i>versus</i> placebo en double aveugle Durée de l'essai 4 semaines	177 patients d'âge moyen 75 ans, sans altérations cognitives, non dépendants et présentant des mictions impérieuses ou une IU par impériosité	I1 : toltérodine 1 mg, 2 fois/j I2 : toltérodine 2 mg, 2 fois/j C : placebo	Efficacité (catalogue mictionnel avec nombre d'épisodes d'IU et de mictions/j) Tolérance (événements indésirables, abandons de traitement)	Diminution significative de la fréquence des mictions avec 1 ou 2 mg de toltérodine, 2 fois/j par rapport au placebo Diminution du nombre d'épisodes d'IU avec 2 mg de toltérodine 2 fois/j par rapport au placebo  Effet secondaire le plus fréquemment rapporté : la sécheresse buccale entraînant un abandon de traitement chez 3 % des patients sous toltérodine 2 mg, et de 2 % des patients sous placebo
Millard <i>et al.</i> , 1999 (101)	Essai randomisé contrôlé <i>versus</i> placebo Durée de l'essai 12 semaines	312 patients (75 % de femmes) d'âge moyen 60 ans (24 à 89 ans) avec une instabilité du détrusor confirmée	I1 : toltérodine 1 mg 2 fois/j I2 : toltérodine 2 mg 2 fois/j C : placebo	Efficacité (catalogue mictionnel)  Évaluation de la qualité de vie Q de V (échelle de Likert)  Tolérance (effets indésirables, ECG, abandons de traitement)	Diminution significative de la fréquence des mictions, des épisodes d'IU et augmentation des volumes urinés par miction avec 1 ou 2 mg de toltérodine, 2 fois/j par rapport au placebo Effet maximal après 2 semaines de traitement  Normalisation du nombre de mictions par jour plus souvent avec I2 qu'avec I1 (p = 0,012) ou le placebo (p = 0,022) Perception d'une amélioration des symptômes chez 38 % des patients sous placebo, chez 41 % des patients sous I1, chez 59 % des patients I2, différence significative pour I2 par rapport à I1 (p = 0,002) et au placebo (p = 0,015), non significative pour I1 par rapport au placebo  Effets indésirables : - sécheresse buccale sévère dans 2,1 % des cas sous I1 ou I2, 2 % sous placebo - pas d'effets indésirables cardiaques (ECG normaux) - abandons de traitement : sous placebo : 5 %, I1 : 6 %, I2 : 12 %



**Tableau 16 (suite).** Essais randomisés évaluant l'efficacité et la tolérance de la toltérodine *versus* placebo sur l'incontinence urinaire (IU) par impériosité.

Auteur	Type d'étude	Nombre et caractéristiques des patients	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats
van Kerrebroeck <i>et al.</i> , 2001 (102)	Essai randomisé contrôlé <i>versus</i> placebo en double aveugle Durée de l'essai 12 semaines	1 529 patients (81 % de femmes) d'âge moyen 60 ans (20 à 93 ans) avec une IU par impériosité et plus de 8 mictions par 24 h	I1 : toltérodine-LP 4 mg, 1 fois/j I2 : toltérodine 2 mg, 2 fois/j C : placebo		Diminution significative du nombre d'épisodes d'IU sous I1 (diminution de 71 %) et sous I2 (diminution de 60 %) par rapport au placebo (diminution de 33 %) ( $p = 0,0005$ et $0,0001$ ) avec une efficacité significativement supérieure de I2 sur I1  Sécheresse buccale chez 23 % des patients sous I1 dont 1,8 % de patients avec une sécheresse buccale sévère Pas de différence significative d'abandons de traitement entre les groupes traités et le groupe placebo Aucun effet indésirable sérieux
Jacquetin et Wyndaele, 2001 (103)	Essai randomisé contrôlé <i>versus</i> placebo en double aveugle Durée de l'essai 4 semaines	251 patients (80 % femmes) d'âge moyen 58 ans (18 à 89 ans) avec IU par impériosité et instabilité vésicale prouvée par le BUD	I1 : toltérodine-LP 1 mg, 2 fois/j I2 : toltérodine 2 mg, 2 fois/j C : placebo	Efficacité (calendrier mictionnel) Tolérance	Diminution significative du nombre d'épisodes d'IU et augmentation significative des volumes urinés par miction avec 1 ou 2 mg de toltérodine, 2 fois/j par rapport au placebo, mais pas de diminution significative de la fréquence des mictions sous I1 ou sous I2  Effet indésirable le plus fréquent : la sécheresse buccale (intensité légère à modérée)
Jonas <i>et al.</i> , 1997 (104)	Essai randomisé contrôlé <i>versus</i> placebo en double aveugle Durée de l'essai 4 semaines	242 patients (75 % de femmes) d'âge moyen 58 ans (20 à 83 ans), avec IU par impériosité, mictions impérieuses et/ou fréquentes, instabilité vésicale prouvée par le BUD	I1 : toltérodine-LP, 1 mg, 2 fois/j I2 : toltérodine 2 mg, 2 fois/j C : placebo	Bilan urodynamique (CCM VPC)	Amélioration significative de la CCM ( $p = 0,34$ ) et du VPC ( $p = 0,03$ ) avec I2 <i>versus</i> placebo  Effet indésirable le plus fréquent : la sécheresse buccale (9 % des patients), le plus souvent d'intensité légère à modérée)

BUD : bilan urodynamique, CCM : capacité cystométrique maximale, VPC : volume à la première contraction

Une méta-analyse réalisée après une revue systématique de la littérature selon la méthodologie de la *Cochrane Collaboration* a repris les données de 4 essais contrôlés randomisés en double aveugle qui ont comparé la toltérodine à l'oxybutynine à libération immédiate (91). Elle est détaillée *tableau 17* ci-après.

Selon les résultats de cette méta-analyse, l'oxybutynine était significativement plus efficace que la toltérodine, mais pour les auteurs la traduction clinique de cette différence statistique semblait peu évidente. En revanche, la toltérodine était significativement mieux tolérée et entraînait moins d'abandons de traitement liés à un effet indésirable.

Dans cette méta-analyse, 47 % des patients sous placebo (contre 49 % de ceux sous oxybutynine et 50 % sous toltérodine) ont également signalé une amélioration symptomatique. Les auteurs ont attribué l'effet placebo au fait de tenir un calendrier mictionnel durant toute la durée de l'essai.

Dans une analyse de 4 essais réalisés avec la toltérodine *versus* oxybutynine ou *versus* placebo (90), 39 % des patients sous placebo ont également mentionné une amélioration de leurs symptômes. Les données d'efficacité ou de tolérance issues de cette étude n'ont pas été détaillées car l'analyse de données poolées est méthodologiquement discutable. Cette étude a montré que l'efficacité clinique, tant de l'oxybutynine que de la toltérodine, n'atteint pas son maximum avant 5 à 8 semaines de traitement. À 4 semaines, 85 % à 90 % de l'efficacité maximale était observée.

L'essai comparatif de la toltérodine (2 milligrammes 2 fois par jour ) à l'oxybutynine LP déjà cité (99) est également détaillé *tableau 17*.

Il existe une forme de toltérodine à libération prolongée non commercialisée en France. La dose préconisée par le fabricant est de 4 mg par jour. Dans un essai clinique randomisé, contrôlé en double aveugle, qui a comparé les deux formes de toltérodine à un placebo, cette forme s'est montrée significativement plus efficace que la forme à libération immédiate (102). Les données de cet essai ont été détaillées dans le *tableau 16* ci-dessus.

Selon une revue générale non systématique sur les médicaments efficaces dans l'incontinence par impériosité (105), l'incidence des effets sur le système nerveux central (sommolence) avec les formes à libération rapide ou prolongée était similaire à celle observée sous placebo (2 %). Aucun essai n'a encore été publié comparant toltérodine LP et oxybutynine LP

La toltérodine n'a pas été étudiée chez des patientes avec des altérations de la fonction rénale. Elle ne fait pas partie de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

**Tableau 17.** Essais cliniques évaluant l'efficacité et la tolérance de la toltérodine *versus* l'oxybutynine dans l'incontinence urinaire (IU) par impériosité.

Auteur	Type d'étude	Nombre et caractéristiques des patients	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats
Harvey <i>et al.</i> , 2001 (91)	Méta-analyse de 4 essais randomisés contrôlés en double aveugle	IU par impériosité, ou plus de 8 mictions par jour ou mictions impérieuses ou instabilité du détrusor prouvée	I1 : toltérodine 1 mg, 2 fois/j I2 : toltérodine 2 mg, 2 fois/j C : oxybutynine 2,5 ou 5 mg, 3 fois/j	Efficacité (nombre de mictions par jour, nombre d'épisodes d'IU, volume urinaire moyen par miction)  Tolérance (sécheresse buccale)	Pas de différences significatives pour le nombre de mictions/j entre oxybutynine et toltérodine L'oxybutynine était significativement plus efficace sur la diminution du nombre d'épisodes d'IU et l'augmentation du volume moyen uriné par miction que la toltérodine (signification clinique discutable selon les auteurs)  Moindre risque de sécheresse buccale sous toltérodine RR : 0,54 (IC 95 % : 0,48-0,61) Moindre risque d'arrêt du traitement sous toltérodine RR : 0,63 (IC 95 % 0,46-0,88)
Appell <i>et al.</i> , 2001 (99)	Essai randomisé contrôlé en double aveugle Durée de l'essai 12 semaines	315 femmes et 63 hommes d'âge moyen 58 ans présentant 7 à 50 épisodes d'IU par impériosité par semaine et plus de 10 mictions par jour	Oxybutynine LP 10 mg/j <i>versus</i> toltérodine 2 mg, 2 fois/j	Nombre d'épisodes d'IU par impériosité, incontinence totale ou non, fréquence des mictions	Efficacité des deux traitements sur l'IU par impériosité (diminution IU de 76 % pour l'oxybutynine LP et de 68 % pour la toltérodine 2 mg, 2 fois/j – p = 0,03) Diminution du nombre total d'épisodes d'IU (diminution de 75 % pour l'oxybutynine LP et de 66 % pour la toltérodine 2 mg, 2 fois/j – p = 0,02) Diminution du nombre de mictions quotidiennes (diminution de 27 % pour l'oxybutynine LP et de 22 % pour la toltérodine 2 mg, 2 fois/j – p = 0,02)  Pas de différence de fréquence d'effets indésirables entre les 2 traitements (abandon de traitement lié à un effet indésirable, 7,8 % sous l'oxybutynine LP et 7,6 % sous toltérodine)

— *Le chlorure de trospium (Ceris®)*

Le chlorure de trospium est un anticholinergique hydrophile. Les effets sur le système nerveux central sont minimes (il ne passe pas la barrière hémato-encéphalique chez l'animal) Il est excrété inchangé (106). La posologie préconisée est de 20 mg 2 fois par jour, sauf en cas d'insuffisance rénale sévère. Le médicament doit être pris avant les repas.

Une méta-analyse a été réalisée sur 517 patients inclus dans deux essais multicentriques, randomisés, contrôlés contre placebo, ayant comparé en double aveugle l'efficacité du chlorure de trospium, 20 mg 2 fois par jour, à celle d'un placebo, dans le traitement de l'incontinence par impériosité (107). L'évaluation clinique de leur incontinence par les patients ainsi que les paramètres urodynamiques étudiés (capacité vésicale maximale et volume urinaire à la première contraction instable) ont été significativement améliorés sous chlorure de trospium. Cette méta-analyse n'a pas montré de différence significative de tolérance entre le chlorure de trospium et le placebo (35,7 % d'effets secondaires sous chlorure de trospium, 38,9 % sous placebo).

Quatre essais cliniques contrôlés randomisés, en double aveugle, ont comparé le chlorure de trospium à un autre anticholinergique : trois à l'oxybutynine (108-110), un à la toltérodine et à un placebo (111) (cf. *tableau 18* ci-après). Dans ces quatre essais, il n'a pas été montré de différence d'efficacité entre le chlorure de trospium et le comparateur (oxybutynine ou toltérodine). Dans les trois essais *versus* oxybutynine en revanche, le chlorure de trospium était significativement mieux toléré, alors que dans l'essai *versus* toltérodine, la tolérance des deux produits était comparable.

Depuis le 17 avril 2003, le chlorure de trospium est inscrit sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux (112).

— *Analyse globale de l'efficacité des anticholinergiques dans l'incontinence par impériosité*

Une revue systématique réalisée dans le cadre de la *Cochrane Collaboration* a repris les données de 51 essais randomisés (ou presque randomisés) ayant comparé l'efficacité de 7 anticholinergiques, dont l'oxybutynine, la toltérodine et le chlorure de trospium, ainsi que d'autres produits non encore commercialisés en France ou en développement, à un placebo (113).

Tous les traitements ont montré de manière significative une amélioration des symptômes avec un risque relatif d'amélioration ou de guérison de 1,41 (intervalle de confiance à 95 % : 1,29-1,54), une diminution du nombre des mictions et des épisodes d'incontinence (diminution moyenne pondérée de 0,6 épisode par jour, intervalle de confiance à 95 % : 0,83-0,39), une augmentation de la capacité vésicale maximale et une diminution du volume urinaire à la première contraction. Par ailleurs, une augmentation significative du résidu post-mictionnel a été observée sous traitement. Le risque relatif d'apparition d'une sécheresse de la bouche sous traitement était de 2,61 (intervalle de confiance à 95 % : 2,27-3).

Les auteurs ont conclu à une efficacité symptomatique statistiquement significative des anticholinergiques dans l'incontinence urinaire symptomatique par impériosité, quelle que soit la molécule considérée, et sans qu'il soit possible de les différencier. Cependant, ils ont noté que la signification clinique de cette amélioration (une miction et une fuite de moins par période de 48 heures) est « incertaine », que les effets à long terme des produits sont mal connus, et que la sécheresse de la bouche reste un effet indésirable fréquent.

— *Quand proposer aux patientes un traitement par anticholinergique ?*

En 1995, l'Andem déconseillait formellement la prescription « aveugle » d'anticholinergiques chez la personne incontinente à titre de « test thérapeutique » (1).

Pour l'AHCPR, le traitement pharmacologique peut être proposé dans le traitement de l'incontinence par impériosité quand il n'y a pas de symptômes associés d'incontinence urinaire d'effort, pas de résidu post-mictionnel, pas de contre-indications médicales (glaucome à angle fermé) et si les traitements comportementaux n'ont pas donné de résultats (6).

Pour le groupe de travail un traitement pharmacologique peut être proposé dans l'incontinence urinaire par impériosité soit en première intention, soit après échec d'un traitement comportemental et/ou d'une rééducation. Un traitement pharmacologique « d'épreuve », c'est-à-dire sans bilan urodynamique préalable, peut être proposé, à condition de revoir la patiente après 1 ou 2 mois. En cas d'inefficacité de ce traitement d'épreuve, un bilan urodynamique est à réaliser et un avis spécialisé est recommandé.

— *Conclusion*

L'oxybutynine, la toltérodine ou le chlorure de trospium peuvent être indiqués en médecine générale dans l'incontinence urinaire par impériosité, après élimination d'une infection urinaire et réalisation d'une échographie vésicale par voie sus-pubienne en cas de doute sur l'existence d'un résidu post-mictionnel ou chez une patiente âgée.

Ils peuvent être recommandés en première intention ou après échec des traitements comportementaux associés ou non à une rééducation périnéo-sphinctérienne. Seuls l'oxybutynine et le chlorure de trospium sont remboursés par l'assurance maladie. Il est probable que la toltérodine et le chlorure de trospium soient mieux tolérés que l'oxybutynine.

En raison de l'efficacité maximale de l'oxybutynine ou de la toltérodine ou du chlorure de trospium après 5 à 8 semaines de traitement, il n'y a pas lieu d'interrompre le traitement plus tôt si la tolérance est acceptable.

En revanche, en l'absence d'efficacité après 2 mois de traitement, deux cas de figure sont à envisager : en cas de bilan urodynamique préalable au traitement, un autre anticholinergique peut être essayé, en l'absence de bilan urodynamique préalable, celui-ci est recommandé, ainsi qu'un avis spécialisé.

Compte tenu du risque de rétention vésicale sous oxybutine, toltérodine ou chlorure de trospium, il est recommandé de surveiller l'apparition d'un globe vésical surtout chez les patientes âgées, fragilisées.

— *Recommandations*

L'oxybutynine, la toltérodine ou le chlorure de trospium sont recommandés (grade B). Ils ont montré une efficacité modérée mais significativement supérieure au 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. Selon les données du résumé des caractéristiques du produit, 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 ou 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.

En l'absence d'efficacité d'un traitement anticholinergique après 1 ou 2 mois, deux cas de figure 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.

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

**Tableau 18.** Essais cliniques évaluant l'efficacité et la tolérance du chlorure de trospium *versus* oxybutynine ou toltérodine dans l'incontinence urinaire par impériosité.

Auteur	Type d'étude	Nombre et caractéristiques des patients	Intervention <i>versus</i> contrôle	Critères de jugement	Résultats
Madersbacher <i>et al.</i> , 1995 (108)	Essai multicentrique contrôlé, randomisé en double aveugle	95 patients, soit avec une atteinte médullaire soit avec une instabilité vésicale traités pendant 2 semaines	Chlorure de trospium, 20 mg 2 fois/j <i>versus</i> oxybutynine 5 mg 3 fois/j	Efficacité - amélioration des paramètres urodynamiques - amélioration symptomatique subjective  Incidence et sévérité des événements indésirables	Pas de différences significatives d'efficacité entre chlorure de trospium et oxybutynine Tolérance du chlorure de trospium significativement meilleure que celle de l'oxybutynine (% de sécheresse de bouche sévère, 4 % sous chlorure de trospium, 23 % sous oxybutynine, et % d'arrêts de traitement, 6 % sous chlorure de trospium, 16 % sous oxybutynine)
Oscá-García <i>et al.</i> , 1997 (109)	Essai multicentrique contrôlé, randomisé en double aveugle	67 patients	Chlorure de trospium, 20 mg 2 fois/j <i>versus</i> oxybutynine 5 mg 3 fois/j	Efficacité - amélioration des paramètres urodynamiques - amélioration symptomatique subjective  Incidence et sévérité des événements indésirables	Pas de différences significatives d'efficacité entre chlorure de trospium et oxybutynine Tolérance du chlorure de trospium significativement meilleure que celle de l'oxybutynine
Höfner <i>et al.</i> , 2000 (110)	Essai multicentrique contrôlé, randomisé en double aveugle	358 patients traités pendant 52 semaines	Chlorure de trospium, 20 mg 2 fois/j <i>versus</i> oxybutynine 5 mg 3 fois/j	Efficacité - fréquence des mictions - épisodes d'impériosité et d'incontinence - paramètres urodynamiques	Pas de différences significatives d'efficacité entre chlorure de trospium et oxybutynine Tolérance du chlorure de trospium significativement meilleure que celle de l'oxybutynine
Jünemann et Al-Shukri, 2000 (111)	Essai multicentrique contrôlé, randomisé en double aveugle	234 patients	Chlorure de trospium, 20 mg 2 fois/j <i>versus</i> toltérodine 2 mg 2 fois/j <i>versus</i> placebo	Efficacité et tolérance	Pas de différences significatives d'efficacité et de tolérance entre chlorure de trospium et toltérodine

### VII.3.2. Œstrogènes

#### — *Données de la littérature*

Une première méta-analyse (114) rapportait une amélioration au moins subjective de l'incontinence urinaire chez des femmes sous œstrogènes et un probable effet sur la pression maximale de clôture de l'urètre, mais ces effets n'ont pas été confirmés postérieurement.

Samsioe *et al.* (41), déjà cités, qui ont suivi une cohorte de 1 800 femmes en Suède, n'ont pas trouvé de différence de prévalence de l'incontinence urinaire entre les femmes âgées de 50-59 ans sous traitement substitutif de la ménopause et celles sans traitement (cf. *tableau 3*).

Deux essais randomisés en double aveugle contre placebo (78,115) n'ont pas retrouvé d'amélioration après respectivement 3 ou 6 mois d'œstrogénothérapie orale chez des femmes incontinentes, ménopausées depuis 18 ans en moyenne, y compris chez les femmes avec une incontinence urinaire d'effort pure. Mais ces deux essais ont montré un important effet placebo (cf. *tableau 19*).

Une revue systématique de la littérature (116) a conclu que l'œstrogénothérapie par voie orale avait un effet bénéfique à court terme sur l'incontinence urinaire, mais que d'après les études épidémiologiques réalisées chez les femmes de plus de 60 ans, le traitement hormonal substitutif était régulièrement associé à un risque accru d'incontinence. La même revue cite 3 essais randomisés contrôlés qui ont montré une amélioration de la symptomatologie de l'incontinence urinaire sous œstrogénothérapie locale. Les auteurs expliquent ces effets contradictoires des œstrogènes par le fait que la durée de suivi des patientes incluses dans une étude épidémiologique est bien supérieure à celle d'un essai clinique, ce qui permet d'observer l'épuisement voire l'inversion du rôle des œstrogènes sur l'incontinence urinaire.

#### — *Conclusion*

L'efficacité de l'œstrogénothérapie par voie locale ou générale dans le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme ménopausée n'est pas prouvée.



**Tableau 19.** Études évaluant l'efficacité des œstrogènes dans l'incontinence urinaire (IU).

Auteur	Type d'étude	Nombre et caractéristiques des patientes incluses	Intervention versus contrôle	Critères de jugement	Résultats
Fantl <i>et al.</i> , 1994 (114)	Méta-analyse Sur 6 essais contrôlés randomisés et 17 séries de cas (méthode statistique adaptée aux méta-analyses utilisée seulement sur les essais randomisés)	Femmes ménopausées avec une IU (117 patientes incluses dans les essais randomisés et 613 patientes dans les séries de cas)	Œstrogènes	Amélioration subjective des symptômes Quantification des pertes urinaires Bilan urodynamique	Amélioration subjective significative ( $p < 0,01$ ) sous œstrogènes pour tous les types d'incontinence et pour les femmes avec une IUE ( $p < 0,05$ ) mais effet placebo marqué dans les essais contrôlés Pas de diminution objective des fuites urinaires (données existantes pour seulement 84 sujets) Amélioration significative du BUD (augmentation de la pression maximale de clôture de l'urètre) mais résultats influencés par seulement une étude  Au total, amélioration au moins subjective de l'IU sous œstrogènes mais les résultats sont à interpréter avec précaution, compte tenu de l'hétérogénéité des patientes incluses, des critères diagnostiques et des critères de jugement utilisés
Fantl <i>et al.</i> , 1996 (115)	Essai contrôlé randomisé contre placebo, en double aveugle	83 femmes d'âge $\geq$ 45 ans (âge moyen 67 ans) ménopausées (taux d'œstradiol plasmatique $\leq$ 30 pg/ml) avec au moins 1 épisode d'IU par semaine et un BUD pour confirmer IUE ou par impériosité	Œstrogènes équins (0,625 mg) et medroxyprogestérone (10 mg, 10 jours par cycle) chez 39 femmes, versus placebo chez 44 femmes pendant 3 mois	Nombre d'épisodes d'IU par semaine, nombre de mictions volontaires diurnes et nocturnes (catalogue mictionnel), pertes urinaires ( <i>pad-test</i> standardisé), évaluation de la qualité de vie (questionnaires SF-36 et IIQ-révisé)	Amélioration subjective dans les deux groupes mais pas de différence dans les questionnaires SF-36 ni IIQ révisé, ni sur le nombre d'épisodes d'IU par semaine, ni sur le <i>pad-test</i> ni enfin sur le catalogue mictionnel entre le groupe traité et le groupe contrôle
Jackson <i>et al.</i> , 1999 (78)	Essai contrôlé randomisé contre placebo, en double aveugle	67 femmes avec une IUE pure, ménopausées depuis plus de 12 mois, sans ATCD de THS	Œstradiol <i>per os</i> 2 mg/j chez 33 femmes versus placebo chez 34 femmes pendant 6 mois	Questionnaires SF-36 ou B-FLUTS <i>Pad-test</i> Catalogue mictionnel BUD	Pas de différence de scores aux questionnaires SF-36 ou B-FLUTS, ni au <i>pad-test</i> , ni sur le catalogue mictionnel, ni sur le BUD (mais augmentation de la pression maximale de clôture dans les 2 groupes) entre le groupe traité et le groupe contrôle 6 femmes ont eu des métrorragies sous œstrogènes

IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort, BUD : bilan urodynamique, B-FLUTS, SF-36, IIQ révisé : questionnaires spécifiques de l'incontinence urinaire (cf. paragraphe V.1 et *tableau 10*), ATCD : antécédents, THS : traitement hormonal substitutif

## VII.4. Chirurgie

### VII.4.1. Chirurgie et incontinence urinaire d'effort

Avant tout traitement chirurgical de l'incontinence d'effort, il est recommandé de faire une évaluation urodynamique pour vérifier s'il existe ou non une hypocontractilité du détrusor associée (consensus du groupe de travail).

Les interventions chirurgicales pour l'incontinence urinaire d'effort sont classées en fonction du type de correction qu'elles tentent d'apporter :

- soit correction du défaut de soutien du col vésical (cervicocystoptose) ou de l'urètre ;
- soit correction de l'insuffisance sphinctérienne (1).

#### — Correction du défaut de soutien du col vésical ou de l'urètre

Dans ce cas, peuvent être indiquées :

- soit une colposuspension par voie haute, (type colpopexie rétropubienne de Burch), voie mixte ou voie basse, par pelviscopie ou cœlioscopie (1) ;
- soit une intervention par frondes ou bandelettes sous-cervicales synthétiques ou aponévrotiques, dérivées de l'intervention de Goebell-Stoeckel<sup>7</sup> (consensus du groupe de travail) ;
- soit enfin une mise en place de bandelettes sous-urétrales (interventions type TVT) (5).

La colpopexie rétropubienne de Burch est le traitement chirurgical de référence de l'incontinence d'effort isolée car elle obtient les meilleurs résultats à long terme (taux de succès allant de 75 % à 90 %). Elle consiste à suspendre par voie abdominale les culs-de-sac vaginaux au ligament de Cooper. La paroi vaginale antérieure est donc relevée et constitue une écharpe permettant de soutenir l'urètre initial et le col vésical.

Le *Tension-free Vaginal Tape* (TVT) consiste à mettre en place, par la voie vaginale, une bandelette de polypropylène élastique (Prolène) tressée, en soutènement, sans tension de la partie moyenne de l'urètre. L'objectif est de recréer des néo-ligaments pubo-urétraux, l'origine de l'incontinence urinaire étant attribuée à une hyperlaxité de la paroi vaginale antérieure due à une rupture des ligaments pubo-urétraux. Le mécanisme d'action du TVT est donc totalement différent de la chirurgie traditionnelle de l'incontinence, car elle ne modifie pas la mobilité et la descente physiologique du col vésical. Lors de l'effort, la pression va écraser l'urètre sur ce nouveau plancher et assurer la continence.

Les taux de guérison objective de l'incontinence urinaire d'effort à court et moyen terme (5 ans) paraissent semblables pour le TVT et la colposuspension de Burch. Il n'a pas encore été publié de données d'efficacité pour le TVT à plus long terme (> 5 ans). Il n'est donc pas possible d'apprécier l'éventualité d'une réduction du taux de guérison à long terme pour le TVT comme on peut le constater pour le Burch. Les durées de l'intervention TVT et du sondage urinaire post-TVT semblent plus courtes que celles observées pour le Burch. La durée d'hospitalisation et les délais nécessaires à la reprise d'une activité paraissent plus brefs pour les patientes traitées par TVT (5).

---

<sup>7</sup> Les interventions de ce type étaient classées par l'Andem en 1995 comme interventions correctrices de l'insuffisance sphinctérienne.

— *Correction de l'insuffisance sphinctérienne*

Dans ce cas peuvent être proposées :

- soit une injection endo ou périurétrale de diverses substances (téflon, graisse collagène) sous contrôle endoscopique ou de petits ballons gonflables en silicone, efficaces en cas d'incontinence urinaire minime (1) (et consensus du groupe de travail) ;
- soit l'implantation d'un sphincter artificiel, manchette gonflable en silicone qui comprime l'urètre pendant le remplissage vésical et le libère pendant la miction (1). Selon les résultats des études retenues par l'Association française d'urologie dans son rapport de 1995, les taux de guérison varient de 65,5 à 100 %, pour un recul moyen de 29 à 32 mois (47).

VII.4.2. Chirurgie et incontinence par impériosité

Plusieurs techniques chirurgicales ont été proposées pour traiter l'instabilité vésicale sévère résistante au traitement médical ou associée à une faible compli-ance de la vessie. La technique actuellement préférée en raison de son efficacité est l'entéro-cystoplastie d'agrandissement par patch d'intestin grêle ou de côlon (1).

VII.4.3. Chirurgie et incontinence par regorgement

En cas d'obstruction anatomique secondaire à une cure chirurgicale d'incontinence d'effort, deux types d'interventions peuvent être utilisés : couper les fils de suspension ou tenter de libérer l'urètre fixé à la paroi antérieure (urétrolyse, associée ou non à une nouvelle suspension du col vésical) chez les femmes qui ont subi une intervention de type Burch ou l'implantation d'une bandelette sous-cervicale ou sous-urétrale. En dernier recours, il reste le sondage intermittent (autosondages) (1).

En cas d'incontinence par regorgement sur vessie distendue, hypoactive, le traitement passe par la cure d'un éventuel obstacle urétral, mais surtout par des techniques comportementales et des sondages post-mictionnels intermittents de façon à réhabituer la vessie à l'alternance vidange-remplissage et à adapter les volumes vésicaux à la contractilité du détrusor. En cas d'échec, le sondage à demeure est la seule possibilité (1).

**VII.5. Neuromodulation**

Trois essais contrôlés, dont deux randomisés, ayant inclus respectivement 51, 76 et 44 patients ont montré une efficacité statistiquement significative de la neuromodulation des racines sacrées par rapport au traitement contrôle (médicaments ou rééducation périnéo-sphinctérienne) dans le traitement des incontinen-ces par impériosité rebelles aux traitements comportementaux, à la rééducation périnéo-sphinctérienne et au traitement médical (117-119). L'Anaes a émis un avis favorable à l'inscription de cet acte à la nomenclature.

**VII.6. Synthèse des modalités thérapeutiques disponibles pour le traitement de l'incontinence urinaire**

Les différentes modalités thérapeutiques disponibles pour le traitement de l'incontinence urinaire et leurs indications respectives sont résumées dans le *tableau 20*.

**Tableau 20.** Modalités thérapeutiques dans l'incontinence urinaire et indications respectives.

Traitement	Type d'incontinence urinaire	Commentaires
<b>Traitements comportementaux</b>		
Reprogrammation du comportement mictionnel, catalogue mictionnel	Impériosité, mixte	Peut augmenter la capacité vésicale et l'intervalle entre les mictions Pas d'effets secondaires
<b>RÉÉDUCATION PÉRINÉO-SPHINCTÉRIENNE</b>		
Exercices du plancher pelvien	IUE ou IU mixte	Pas d'effets secondaires
Électrostimulation	IUE et IU mixte, IU par impériosité (fréquence de courant adaptée)	Éventuellement utile comme complément des exercices du plancher pelvien
<i>Biofeedback</i>	IUE	Aide à prendre connaissance de la musculature du plancher pelvien. Éventuellement utile comme complément des exercices du plancher pelvien)
<b>Traitements pharmacologiques</b>		
Oxybutynine	IU par impériosité	Remboursé, mal toléré (sécheresse buccale)
Toltérodine	IU par impériosité	Non remboursée, éventuellement mieux tolérée que l'oxybutynine
Chlorure de trospium	IU par impériosité	Remboursé, éventuellement mieux toléré que l'oxybutynine
Flavoxate		Non recommandé
Œstrogènes	IU par impériosité et IUE	Efficacité non prouvée dans l'incontinence urinaire-Amélioration des symptômes locaux et généraux de la ménopause
<b>Traitements chirurgicaux</b>		
Colpopexie rétropubienne de type Burch	IUE	Après échec d'une rééducation périnéo-sphinctérienne ou plus rarement d'emblée en cas d'IUE invalidante
Frondes ou bandelettes sous-cervicales	IUE	Après échec d'une rééducation périnéo-sphinctérienne ou plus rarement d'emblée en cas d'IUE invalidante
Bandelettes sous-urétrales (type TVT)	IUE	Après échec d'une rééducation périnéo-sphinctérienne ou plus rarement d'emblée en cas d'IUE invalidante
Injections endo ou périurétrales	IUE par insuffisance sphinctérienne	
Sphincter artificiel	IUE par insuffisance sphinctérienne	
<b>Neuromodulation</b>		Après échec des traitements comportementaux, de la rééducation périnéo-sphinctérienne et des anticholinergiques

IU : incontinence urinaire, IUE : incontinence urinaire d'effort

## VIII. QUELLE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE ADOPTER EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Selon les recommandations de l'Anaes de 2000 « Bilans et techniques de rééducation de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques » (3), la décision du type de traitement n'est pas toujours facile à prendre car la plupart des incontinenances ont une présentation polymorphe et des mécanismes physiopathologiques différents. À ce jour, les travaux publiés ne permettent pas de

définir des facteurs prédictifs précis de l'efficacité d'un type de traitement dans une incontinence multifactorielle.

Si l'on met de côté les incontinenances révélant une obstruction, il ne faut jamais perdre de vue qu'il s'agit d'indications de thérapeutiques de confort.

Pour ces raisons, c'est le choix éclairé de la patiente, informée des avantages et des inconvénients de chaque technique, qui sera souvent le nœud décisionnel. Le degré de handicap, les contre-indications du traitement pharmacologique, le risque opératoire, la volonté et la capacité de la patiente à suivre une rééducation et la prise en charge d'une pathologie associée éventuelle sont aussi des éléments du choix du traitement de l'incontinence urinaire.

Pour l'aider à faire ce choix, il est recommandé de proposer en premier les techniques les moins vulnérantes, dont les effets secondaires indésirables ou les risques de séquelles sont les moins importants et qui ne coupent pas les ponts pour une poursuite thérapeutique en cas d'échec.

### **VIII.1.Stratégie thérapeutique dans l'incontinence urinaire d'effort**

#### VIII.1.1. Données de la littérature

Pour l'Anaes (3) comme pour l'AHCPR (6), la rééducation périnéo-sphinctérienne est proposée en première intention à une femme présentant une incontinence urinaire d'effort, à condition qu'elle soit valide, sans altérations cognitives, motivée et en l'absence de prolapsus extériorisé.

La prescription initiale par le médecin généraliste doit mentionner le nombre de séances initiales prévues (10 à 20) et la mention d'une sonde dont le type sera déterminé par le rééducateur (consensus du groupe de travail).

Après la réalisation du nombre de séances prévues, une réévaluation est à réaliser par le rééducateur dont les résultats seront communiqués au médecin traitant (consensus du groupe de travail).

Selon l'Anaes, la rééducation est à poursuivre tant qu'il y a des progrès en cours. En l'absence d'amélioration, il convient de s'interroger sur le bien-fondé de la rééducation (3).

Selon l'AHCPR, la chirurgie peut être parfois indiquée en première intention dans l'incontinence urinaire d'effort, après avis urologique, en cas d'incontinence très importante, *a priori* difficilement contrôlable par une rééducation périnéo-sphinctérienne, ou si la patiente n'est pas motivée par une rééducation de ce type, mais elle est plutôt réservée aux échecs de la rééducation périnéo-sphinctérienne (6).

#### VIII.1.2. Conclusion

En l'absence d'autres données de la littérature sur la stratégie à adopter en médecine générale, le groupe de travail a défini la stratégie suivante :

- 10 à 20 séances de rééducation périnéo-sphinctérienne sont indiquées en première intention en l'absence de contre-indications à cette rééducation (prolapsus extériorisé, patiente non motivée ou non valide, altérations cognitives) ;
- une réévaluation est nécessaire à la fin de la prescription initiale ;
- en cas d'amélioration, la rééducation est poursuivie tant que les progrès persistent ;
- en l'absence d'amélioration, un avis urologique est proposé ;

- un avis spécialisé pour discuter des possibilités d'un traitement chirurgical est nécessaire, soit d'emblée devant une incontinence urinaire d'effort vécue comme très invalidante par la patiente, soit en cas de contre-indications à la rééducation périnéo-sphinctérienne, soit après un échec de celle-ci.

### VIII.1.3. Recommandation

La rééducation périnéo-sphinctérienne 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 de soulagement 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.

## VIII.2.Stratégie thérapeutique dans l'incontinence urinaire par impériosité

### VIII.2.1. Données de la littérature

Lemack (120) a proposé l'algorithme suivant :

- essayer les traitements comportementaux (ajustement de l'ingestion des liquides, reprogrammation du comportement mictionnel), si non efficace :
- rechercher une vaginite atrophique ; si oui, traiter localement, si pas de vaginite atrophique ou si le traitement n'est pas efficace :
- envisager une rééducation périnéo-sphinctérienne si la patiente est une candidate appropriée et motivée, si après cela, l'incontinence persiste :
- faire un essai thérapeutique pharmacologique, si on n'a pas de résultats satisfaisants, envoyer au spécialiste pour un bilan urodynamique.

Pour l'AHCP (6), en première intention peuvent être proposés les traitements comportementaux (catalogue mictionnel et reprogrammation du comportement mictionnel), la rééducation périnéo-sphinctérienne, les mesures éducatives (répartition des prises liquidiennes) ou un traitement anticholinergique.

### VIII.2.2. Conclusion

En l'absence d'autres données de la littérature sur la stratégie à adopter en médecine générale, le groupe de travail a défini la stratégie suivante :

- le catalogue mictionnel et les mesures éducatives (répartition des boissons, adaptation éventuelle des horaires de prise des médicaments diurétiques) sont toujours indiqués ;
- ils peuvent être essayés seuls dans un premier temps ou être associés d'emblée soit à une rééducation visant à inhiber les contractions vésicales soit à un traitement anticholinergique.

### VIII.2.3. Recommandations

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.

Un traitement pharmacologique 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).

### **VIII.3.Stratégie dans l'incontinence urinaire mixte**

#### VIII.3.1. Données de la littérature

Pour l'AHCPR, les traitements comportementaux, la rééducation-périnéo-sphinctérienne, les anticholinergiques peuvent être combinés, en excluant le plus souvent la chirurgie (6).

#### VIII.3.2. Conclusion

En l'absence d'autres données de la littérature sur la stratégie à adopter en médecine générale, le groupe de travail a défini la stratégie suivante :

- en première intention, la rééducation qui vise à inhiber les contractions vésicales et à renforcer le plancher pelvien est indiquée ;
- en cas d'échec ou d'efficacité insuffisante, un traitement anticholinergique associé ou un avis urologique est proposé.

#### VIII.3.3. Recommandation

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 après 5 à 8 semaines, il est recommandé de réaliser un bilan urodynamique et de prendre un avis spécialisé.

#### VIII.4.Stratégie dans l'incontinence urinaire par regorgement

Les incontinenes par regorgement liées à une obstruction urétrale sont traitées chirurgicalement ou, en cas d'impossibilité de la chirurgie, par sondage intermittent ou permanent, mais elles sont rares chez la femme (consensus du groupe de travail).

#### VIII.5.Recommandations

##### VIII.5.1. 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 de soulagement 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.

##### VIII.5.2. Traitement de l'incontinence urinaire par impériosité

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.

Un traitement pharmacologique 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).



## **IX. QUELLES INFORMATIONS LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE PEUT-IL APPORTER À SA PATIENTE SUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE ?**

### **IX.1. Information sur la rééducation**

Selon l'Anaes, cette première partie de la prise en charge des patientes souffrant de troubles vésico-sphinctériens est un temps essentiel dans la rééducation périnéale. Elle permet de rassurer les patientes, de dédramatiser les situations, de les familiariser à leur anatomie intime à l'aide de planches anatomiques simples. Les différents niveaux de muscles doivent être identifiés<sup>8</sup>. Cette phase doit amener les patientes à comprendre l'importance d'un travail personnel à mettre en place entre chaque séance de rééducation.

Le rôle des médecins prescripteurs et des thérapeutes est particulièrement important dans la préparation et l'adhésion des femmes à la rééducation périnéo-sphinctérienne (3).

Il est donc important d'informer et de rassurer les patientes sur les modalités précises de la rééducation périnéo-sphinctérienne (toucher vaginal avec *testing* musculaire, utilisation éventuelle d'une sonde intravaginale pour l'électrostimulation ou le *biofeedback*), le nombre de séances initiales (10 à 20) et la possibilité de prolongation, et d'insister sur l'importance d'un travail personnel à mettre en place entre chaque séance de rééducation (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

### **IX.2. Information sur les médicaments anticholinergiques**

En cas de traitement par anticholinergique, il est nécessaire de prévenir la patiente des effets secondaires, en particulier de la sécheresse buccale, du fait que l'efficacité maximale peut mettre 5 à 8 semaines à apparaître, de la nécessité de consulter rapidement en cas d'infection urinaire ou de difficultés à uriner (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

### **IX.3. Information sur les traitements spécialisés**

En cas d'incontinence d'effort, les possibilités de la chirurgie, soit d'emblée (par exemple en cas d'incontinence d'effort vécue comme très invalidante par la patiente) soit le plus souvent après échec de la rééducation périnéo-sphinctérienne, sont à mentionner à la patiente, en lui précisant que 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 intervention de type TVT.

En cas d'incontinence urinaire par impériosité, devant un échec des traitements comportementaux, de la rééducation visant à inhiber les contractions vésicales et d'un traitement anticholinergique, il est nécessaire d'informer la patiente de la possibilité d'une neuromodulation des racines sacrées ou des possibilités chirurgicales (plus rares), après avis urologique (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

---

<sup>8</sup> Pour le groupe de travail des présentes recommandations, les muscles les plus importants pour la rééducation périnéo-sphinctérienne sont surtout les releveurs de l'anus et les bulbo-spongieux.

#### **IX.4. Conclusion**

Le médecin doit offrir le maximum d'informations sur l'incontinence, en expliquant de façon simple les différents types d'incontinence urinaire (d'effort ou par impériosité ou mixte), les symptômes, les résultats de l'examen clinique, les possibilités diagnostiques et une explication succincte des différentes thérapeutiques possibles. Le traitement doit être adapté à chaque cas et la patiente doit participer à la décision thérapeutique.

Il doit également insister sur le rôle potentiellement aggravant sur l'incontinence urinaire d'un certain nombre de médicaments, en particulier ceux pris sans ordonnance (par exemple les décongestionnants nasaux) et aider la patiente à identifier les facteurs hygiéno-diététiques qui peuvent majorer son incontinence (apports hydriques excessifs, consommation de boissons alcoolisées ou contenant de la caféine, etc.).

#### **IX.5. Recommandations**

Il est recommandé d'informer la patiente sur les 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 il est recommandé d'informer et de rassurer la patiente sur les modalités précises de la rééducation périnéo-sphinctérienne : toucher vaginal avec *testing* musculaire, utilisation éventuelle d'une sonde intravaginale 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'autorééducation entre chaque séance de rééducation.

Il est également recommandé de lui indiquer les 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, il est recommandé d'informer la patiente sur l'intérêt de l'adaptation des apports liquidiens, les modalités de la reprogrammation du comportement mictionnel (y compris celles de la tenue d'un catalogue mictionnel), sur les autres modalités de la rééducation (électrostimulation, rééducation périnéo-sphinctérienne) et sur les avantages et les inconvénients des différents anticholinergiques.

Si un traitement par anticholinergique est envisagé, il est recommandé de prévenir la patiente des effets secondaires (sécheresse buccale, constipation, 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, il est proposé d'informer la patiente de la possibilité d'autres alternatives thérapeutiques telles qu'une neuromodulation des racines sacrées, après demande d'un avis urologique.

En cas d'incontinence mixte, il est recommandé d'informer des différentes possibilités thérapeutiques (rééducation, traitement anticholinergique) en fonction des symptômes présentés.

En cas d'incontinence par regorgement, il est recommandé d'informer la patiente 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 d'informer la patiente du rôle potentiellement aggravant sur l'incontinence urinaire et les troubles mictionnels des médicaments listés au § IV.2, en particulier ceux pris sans ordonnance, et de l'aider à identifier les facteurs hygiéno-diététiques qui peuvent majorer son incontinence (apports liquidiens excessifs, consommation de boissons alcoolisées ou contenant de la caféine, etc.).

## **X. INCONTINENCE URINAIRE ET PATIENTE ÂGÉE FRAGILISÉE**

Les données ci-dessous sont issues de revues générales sur le sujet âgé fragilisé (121-124) ou sur l'incontinence urinaire en gériatrie (125,126), des recommandations australiennes sur l'incontinence et la personne âgée établies par consensus d'experts en 1994 (127) et d'une revue systématique de la littérature sur le diagnostic et la prise en charge de l'incontinence urinaire chez la personne âgée (128).

Selon les conclusions d'une revue sur les critères de jugement à utiliser pour la recherche clinique de l'incontinence urinaire de la personne âgée fragilisée (129), la réalisation d'études cliniques dans cette population est particulièrement difficile du fait de l'hétérogénéité de la population étudiée et du manque de terminologie standardisée pour définir la guérison ou l'amélioration, d'outils validés pour mesurer l'état clinique de départ et après intervention, de suivi à long terme et de données sur l'histoire naturelle de l'incontinence urinaire dans cette population.

### **X.1. Caractéristiques de la personne âgée fragilisée**

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. Elle est la conséquence d'une réduction des réserves physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement (121,122). Le concept de fragilité est à distinguer de celui de sénescence ou de celui d'incapacité ou de déficience.

Les principales caractéristiques de cette population âgée « fragile » (*frail elderly*) 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 (122-124).

La fragilité se révèle lors d'événements stressants, qui déstabilisent l'équilibre précaire de ces personnes et sont responsables de chutes à répétition, de syndromes confusionnels, d'une incontinence urinaire, etc. (121,122).

## **X.2. Changements physiologiques associés au vieillissement qui peuvent favoriser l'incontinence urinaire**

### X.2.1. Modifications anatomiques et physiologiques de l'appareil urinaire

La capacité de la vessie, la compliance urétrale, la pression maximale de fermeture urétrale et le débit urinaire semblent diminuer avec l'âge. Le risque de résidu post-mictionnel et les contractions involontaires du détrusor augmentent avec l'âge. Ces facteurs ne provoquent pas directement l'incontinence, mais peuvent y contribuer (128).

### X.2.2. Diminution de la mobilité

Même chez les femmes âgées gardant des capacités à se mouvoir intactes, la vitesse, l'amplitude et la souplesse des mouvements sont moindres. Ces changements peuvent influencer sur la capacité d'arriver aux toilettes en cas d'impériosité. Les changements mineurs dans la perception visuelle et la coordination de la motricité peuvent aussi avoir une influence au moment de se déshabiller ou se mettre en position pour uriner. À cela s'ajoute l'instabilité posturale fréquente (risque de chute aggravée par certains médicaments). Le risque d'incontinence urinaire et de chutes est particulièrement élevé pendant la nuit s'il y a modification de l'éclairage, changement d'environnement, etc. (122).

### X.2.3. Hypotonie musculaire lisse

La fragilité s'accompagne d'une diminution globale du tonus et de la mobilité des fibres musculaires lisses de tous les organes. Ce phénomène est cliniquement observable au niveau de l'intestin (constipation) et de la vessie (rétention urinaire). Ces troubles sont d'autant plus marqués s'il existe une immobilisation, une atteinte du système nerveux végétatif, et la prise de médicaments tels que les antidépresseurs imipraminiques, les inhibiteurs calciques, les antipsychotiques, les anticholinergiques, les analgésiques morphiniques et les diurétiques (122,128).

### X.2.4. Altérations cognitives

Les altérations cognitives fréquentes chez la personne âgée peuvent favoriser la survenue d'une incontinence urinaire (128).

De plus, la majorité des effets neuropsychiques induits par les médicaments sont liés à l'existence d'un vieillissement cérébral pathologique sous-estimé ou méconnu du prescripteur. La prévalence de la démence chez le sujet âgé explique les principaux effets indésirables (épisodes de confusion mentale, hallucinations, délires) observés avec de nombreux médicaments dont les anticholinergiques (122).

### X.2.5. Inversion du rythme nyctéméral de la diurèse

En raison de cette inversion, les mictions nocturnes voire une pollakiurie nocturne ou nycturie sont fréquentes chez la personne âgée (128).

### X.2.6. Modifications du métabolisme

Compte tenu de la réduction de la filtration glomérulaire, de la diminution des performances métaboliques du foie et de la modification des différents compartiments de distribution du médicament, les médicaments anticholinergiques entraînent chez la

personne âgée fragilisée un risque élevé de sécheresse buccale, de constipation, de rétention urinaire et d'altération cognitive (122,128).

### **X.3. Caractéristiques de l'incontinence urinaire chez la femme âgée fragilisée**

#### **X.3.1. Prévalence et mécanisme de l'incontinence urinaire**

Une enquête chez 97 femmes âgées de 80 à 89 ans a montré une prévalence de l'incontinence urinaire de 46 % dont 43 % d'incontinences par impériosité, 26 % d'incontinences mixtes et 26 % d'incontinences d'effort (130).

Dans l'enquête de Chiarelli *et al* (12), déjà citée, la prévalence de l'incontinence urinaire était de 35 % chez les femmes de 70 à 75 ans.

Selon la revue systématique de Tannenbaum *et al.* (128), et la revue générale de Chutka et Takahashi (125), l'instabilité vésicale est l'altération la plus fréquente dans cette population, avec un volume résiduel typiquement normal. Dans la majorité des cas, la cause n'est pas connue, mais occasionnellement, elle résulte d'une atteinte neurologique. Les facteurs de risque de cette instabilité vésicale sont l'âge avancé, le diabète et les infections urinaires. L'altération de la contractilité isolée du détrusor est rare, mais est souvent présente dans la neuropathie diabétique, et autres problèmes neurologiques. Dans ce cas, les patientes peuvent présenter des symptômes d'impériosité accompagnés d'un résidu post-mictionnel augmenté.

L'incontinence urinaire d'effort est en général positionnelle et ne survient pas au lit le soir (128).

#### **X.3.2. Incontinence transitoire**

Toujours selon Tannenbaum *et al.* (128), la distinction entre incontinence urinaire transitoire et incontinence urinaire permanente est particulièrement pertinente chez la personne âgée en raison des nombreuses causes iatrogènes ou organiques susceptibles de déclencher l'apparition d'une incontinence urinaire dans cette population. L'apparition brusque ou l'aggravation d'une incontinence urinaire doit faire rechercher une cause d'apparition récente telle que : syndrome confusionnel, restriction de la mobilité, rétention urinaire, étiologie iatrogène (anticholinergiques, morphiniques) ou compression de la moelle épinière, infection, inflammation, fœcalome, prise médicamenteuse et causes métaboliques de polyurie.

Pour se souvenir des étiologies réversibles ou transitoires d'incontinence urinaire les Anglo-Saxons utilisent comme moyen mnémotechnique le terme *DIAPPERS* : *Dementia, Infections, Atrophic Vaginitis, Psychological (depression), Pharmacological, Endocrinological (polyuria related to diabetes or hypercalcemia) aetiologies, Reduction of mobility and Stool Impaction* (125,128).

### **X.4. Évaluation de l'incontinence urinaire de la patiente âgée fragilisée**

Selon les recommandations australiennes et la revue systématique de Tannenbaum *et al.*, les modalités de l'interrogatoire et de l'examen physique sont identiques à celles définies plus haut au paragraphe III.3.2 (127,128).

Une attention particulière doit cependant être apportée à l'évaluation de la qualité de la marche et de la mobilité, à l'état psychologique, aux fonctions cognitives (128). En cas

de plaintes mnésiques, ou de symptômes évoquant un déclin des fonctions cognitives, l'Anaes (131) recommande l'utilisation du *Mini Mental Status Examination* (MMSE). L'élimination d'une cause iatrogène ou organique pouvant déclencher ou aggraver une incontinence urinaire est particulièrement importante (cf. paragraphe précédent) (127,128).

Selon la revue générale de Johnson et Busby-Whitehead, la certitude diagnostique requise avant traitement dépendrait du type de traitement envisageable (rééducation, traitement médicamenteux ou chirurgical), afin d'éviter les investigations non indispensables chez une personne fragilisée. Par exemple, la rééducation périnéo-sphinctérienne, indiquée dans l'incontinence urinaire d'effort, peut être utile dans l'incontinence urinaire par impériosité, un bilan urodynamique pour distinguer avec certitude ces deux types d'incontinence n'est donc pas nécessaire si on envisage une rééducation, en revanche il est impératif avant un traitement chirurgical pour incontinence d'effort pour éliminer une instabilité vésicale (126).

Pour les recommandations australiennes, la mesure du résidu post-mictionnel est indiquée pour éliminer une cause d'obstruction plus fréquente chez la personne âgée et potentiellement curable, et les indications du bilan urodynamique chez la personne âgée sont les mêmes que celles chez la personne plus jeune (127).

Pour le groupe de travail et le groupe de lecture, la recherche d'un résidu post-mictionnel par échographie pelvienne avant la prescription d'un traitement anticholinergique pour des symptômes d'impériosité est systématique chez une patiente âgée.

La revue générale de Johnson et Busby-Whitehead a proposé également la tenue d'un catalogue mictionnel même par une patiente très âgée. En plus d'aider à évaluer les symptômes (et à faire prendre conscience des circonstances de l'incontinence urinaire à la patiente), l'incapacité de tenir un tel catalogue donne une indication sur les difficultés que la patiente aurait à suivre une reprogrammation du comportement mictionnel (126).

## **X.5. Traitement de l'incontinence urinaire chez la patiente âgée fragilisée**

Le traitement de l'incontinence urinaire chez la personne âgée non valide n'est pas abordé dans ces recommandations.

### **X.5.1. Traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la patiente âgée fragilisée**

Selon les conclusions des recommandations australiennes (127), la revue systématique de Tannenbaum *et al.* (128) et la revue générale de Chutka et Takahashi (125), l'incontinence urinaire d'effort est à traiter par rééducation périnéo-sphinctérienne, à condition que la patiente soit motivée et ne présente pas de troubles cognitifs. La chirurgie peut être, plus rarement, également indiquée.

### X.5.2. Traitement de l'incontinence urinaire par impériosité chez la patiente âgée fragilisée

#### — *Les traitements comportementaux*

D'après les recommandations australiennes, les patientes qui présentent une incontinence par impériosité répondent souvent à une reprogrammation du comportement mictionnel si elles ne sont pas dépendantes, n'ont pas d'altérations cognitives et sont motivées. Il est important qu'elles maintiennent un apport liquidien régulier (127).

Selon la revue systématique de Tannenbaum *et al.*, ces traitements comportementaux sont indiqués en première intention (128).

#### — *La rééducation périnéo-sphinctérienne*

Les exercices du plancher pelvien, associés ou non à une électrostimulation fonctionnelle ou au *biofeedback*, sont proposés par les recommandations australiennes (127) et par la revue systématique de Tannenbaum *et al.* (128). L'électrostimulation et le *biofeedback* sont également considérés comme utiles par la revue générale de Chutka et Takahashi (125).

#### — *Le traitement pharmacologique*

Quand les résultats de la reprogrammation du comportement mictionnel ou de la rééducation ne sont pas satisfaisants, ou si la patiente n'est pas motivée pour ce type de traitement, l'oxybutynine ou la toltérodine (127,128) ou le chlorure de trospium (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture) peuvent être proposés.

Quel que soit le médicament, la dose initiale doit être diminuée de moitié par rapport à la dose initiale recommandée par le résumé des caractéristiques du produit (tel qu'il figure dans le dictionnaire Vidal) et augmentée avec précaution jusqu'à l'obtention des effets thérapeutiques pour minimiser les effets indésirables qui sont souvent une cause d'abandon du traitement. Tannenbaum *et al.* ont proposé des doses initiales pour l'oxybutynine de 2,5 à 5 milligrammes par jour en une prise le soir, augmentées si besoin à 3 prises par jour, et pour la toltérodine de 1 à 2 milligrammes 2 fois par jour (128).

Pour l'oxybutynine il est conseillé des prises plus espacées (une le matin, une le soir) (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

Particulièrement chez la personne âgée, les anticholinergiques sont potentiellement responsables de constipation, de sécheresse buccale (entraînant une augmentation des quantités bues pouvant elle-même aggraver l'incontinence urinaire et éventuellement des caries dentaires) et de syndromes confusionnels (128), surtout chez les patientes avec une démence préexistante (125).

En raison du risque accru chez la patiente âgée de rétention urinaire sous anticholinergiques, cette patiente doit être particulièrement surveillée, surtout en cas de traitement anticholinergique déjà en cours pour une autre indication. Une échographie pelvienne à la recherche d'un résidu post-mictionnel est à réaliser au moindre doute et systématiquement en cas d'infection urinaire (125).

Aux contre-indications « classiques » des anticholinergiques (par exemple : glaucome à angle fermé), il faut ajouter la prise concomitante d'un traitement par

anticholinestérasiques pour des troubles de mémoire ou un syndrome démentiel débutant (consensus du groupe de travail).

### X.5.3. Traitement de l'incontinence urinaire mixte

Comme pour la patiente plus jeune, la stratégie thérapeutique dépend du type de symptômes (à l'effort ou d'impériosité) prédominant. En fonction des symptômes les plus gênants pour la patiente, on peut proposer une rééducation et/ou un traitement anticholinergique (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

## X.6. Conclusion

Il n'existe pas de modalités spécifiques pour le diagnostic et le bilan d'une incontinence urinaire chez une patiente âgée fragilisée, hormis deux points particuliers :

- l'évaluation des fonctions cognitives lors du bilan initial ;
- la recherche d'un résidu post-mictionnel par échographie pelvienne avant la prescription d'un anticholinergique pour des symptômes d'impériosité.

Une patiente âgée fragilisée en bon état général, non dépendante, peut être traitée comme une patiente plus jeune, à condition, en cas de prescription d'un anticholinergique pour des symptômes d'impériosité, de diminuer les doses initiales de moitié par rapport aux doses indiquées, de suivre l'évolution des fonctions cognitives au cours du traitement et de chercher au moindre doute (et systématiquement en cas d'infection urinaire) un résidu post-mictionnel par échographie pelvienne afin d'éviter une rétention urinaire.

## X.7. Recommandation

Dans le cas particulier de la personne âgée fragilisée<sup>9</sup>, il est proposé de plus :

- de faire préalablement au traitement une évaluation des fonctions cognitives et de les surveiller sous traitement ;
- 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, 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).

---

<sup>9</sup> 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.



## **XI. CONCLUSION GÉNÉRALE ET PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES**

Le rôle du médecin généraliste dans l'incontinence urinaire de la femme est :

- de rechercher une incontinence urinaire chez toute femme venant le consulter lorsque le motif de consultation est en rapport avec la sphère uro-génitale (ainsi que lors des examens pré ou postnatals), 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, un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport, une atteinte neurologique ;
- de rechercher systématiquement une cause iatrogène, organique ou des erreurs hygiéno-diététiques favorisant l'incontinence urinaire et pouvant bénéficier d'un traitement spécifique ;
- d'évaluer le retentissement sur la qualité de vie et la motivation de la patiente pour une prise en charge thérapeutique ;
- de faire par l'interrogatoire et l'examen clinique le diagnostic du type d'incontinence urinaire (par impériosité, d'effort, ou mixte) ;
- de prescrire les examens complémentaires adaptés en fonction du contexte clinique (bandelette urinaire ou ECBU, échographie vésicale par voie sus-pubienne) et en cas de doute diagnostique d'adresser au spécialiste pour un bilan urodynamique et/ou une cystoscopie ;
- de traiter selon le mécanisme de l'incontinence urinaire, en respectant les précautions recommandées pour la patiente âgée fragilisée ;
- de réévaluer les avantages et les inconvénients de la prescription de médicaments favorisant l'incontinence urinaire ;
- d'informer la patiente du risque d'incontinence urinaire lié à la prise de certains produits d'automédication.

Les points suivants devraient faire l'objet d'actions ou d'études complémentaires :

- enquêtes épidémiologiques pour mieux préciser la prévalence et le retentissement de l'incontinence en population générale ;
- études d'impact des présentes recommandations afin d'évaluer la faisabilité de la stratégie diagnostique et thérapeutique proposée dans ces recommandations ;
- actions d'information auprès du grand public sur l'incontinence urinaire et sa prise en charge.

---

## ANNEXE 1. ÉVALUATION QUANTITATIVE DE L'INCONTINENCE URINAIRE (*PAD-TEST*)

---

**Modalités de réalisation du *pad-test* recommandées par l'*International Continence Society* (132,133).**

- Le test débute sans que la patiente ait uriné.
- Mise en place d'un système absorbant préalablement pesé et début de la première période du test (1 heure).
- La patiente boit 500 ml d'eau pure rapidement (maximum 15 minutes) et reste assise ou allongée.
- Pendant les 30 minutes suivantes la patiente doit marcher, monter et descendre des escaliers (nombre de marches équivalent à un étage environ).
- Durant les 15 minutes suivantes la patiente doit :
  - passer de la position debout à la position assise 10 fois ;
  - tousser vigoureusement 10 fois ;
  - courir sur place pendant 1 minute ;
  - se baisser pour ramasser 5 petits objets posés au sol ;
  - se laver les mains à l'eau courante pendant 1 minute.
- Au terme des 60 minutes, le système absorbant est pesé.
- Si le test est considéré comme représentatif, il est demandé à la patiente d'uriner et le volume recueilli est mesuré.
- Sinon le test est répété, de préférence sans que la patiente ait uriné.

Les résultats sont exprimés en différence du poids des protections avant et après le test. La valeur normale de cette différence varie selon les auteurs. On considère qu'il n'y a pas d'incontinence quand la différence est inférieure à 2 grammes.







---

### **ANNEXE 3. COTATION DU *TESTING* DES MUSCLES RELEVEURS DE L'ANUS**

---

**Technique de Mansoor (46), reprise par l'Anaes dans les recommandations concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme (3).**

<b>Force contractile</b>	<b>Tenue</b>	<b>Répétition</b>
<b>0</b> Pas de contraction	—	—
<b>I</b> Très faible	1 seconde	1 fois
<b>II</b> Faible	2 secondes	2 fois
<b>III</b> Nette	3 secondes	3 fois
<b>IV</b> Bonne Opposition modérée	4 secondes	4 fois
<b>V</b> Très bonne Opposition forte	5 secondes	5 fois

---

## **ANNEXE 4. MODALITÉS DE L'EXAMEN CLINIQUE PRÉCONISÉES PAR L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE**

---

**Ces modalités sont celles préconisées par l'Association française d'urologie dans son rapport de 1995 (47,134).**

L'examen physique doit d'abord faire la preuve de la fuite à l'effort (de toux) et vérifier qu'elle correspond bien aux symptômes qui ont motivé la consultation.

Cet examen doit être effectué à vessie pleine mais sans inconfort, et les efforts de toux doivent être répétés. Quand la fuite apparaît, il importe de bien la différencier d'une contraction vésicale incontrôlée, survenant non pas au moment mais après l'effort. Si la fuite n'est pas apparue en position couchée, il faut la rechercher debout, les cuisses en légère abduction, éventuellement avec un pied sur un tabouret, non sans avoir donné à la patiente une explication de la manœuvre et mis en place un dispositif de recueil des urines afin d'éviter une contraction périnéale d'origine psychogène.

En position gynécologique, l'examen de la statique pelvienne doit être organisé de façon systématique.

- **L'inspection initiale apprécie l'état du périnée**, de la trophicité vulvo-vaginale, de la distance ano-vulvaire, avec parfois un aspect de périnée éculé, de béance vulvaire, voire l'existence d'un prolapsus évident.
- **Les tests d'effort** : la recherche d'une hypermobilité du col et de l'urètre à l'effort n'a d'intérêt que **si la fuite a été prouvée au cours de l'examen**.
- En principe, la position de l'urètre et de la vessie est repérable à travers la paroi vaginale, à l'inspection en écartant les lèvres, et le plus souvent l'hypermobilité est évidente à la toux : la partie déclive de la face antérieure du vagin se verticalise à l'effort. En cas de difficulté d'appréciation, ou si l'on veut mesurer cliniquement cette hypermobilité, on peut proposer le « Q-Tip test » au moyen d'une petite sonde droite (à vessie vide) ou d'un Coton-tige (enduit de gel de xylocaïne) introduit dans l'urètre, jusqu'au niveau du col vésical. Le méat urétral étant fixe, on peut quantifier l'abaissement du col à l'effort en mesurant le degré de rotation de la tige vers le haut par rapport à une situation de base horizontale. Un angle supérieur à 30-35° correspond à une hypermobilité. De nombreux auteurs ont contesté la sensibilité et la spécificité de ce test qui sont de l'ordre de 60 % au regard du diagnostic dans des populations de femmes soumises à un examen systématique. Il serait pourtant un facteur pronostique postopératoire indépendant.

- Le test de Bonney (ou de Marchetti)<sup>10</sup> est une contre-épreuve démontrant que la prévention de l'hypermobilité du col fait disparaître une fuite constatée au cours du même examen (test positif). En principe, sa valeur est incontestable, sa positivité traduisant un défaut des mécanismes de support urétral et une bonne compétence sphinctérienne, ce qui permet de préjuger du bon résultat d'une éventuelle chirurgie visant à restaurer les supports urétraux. Ce test aurait une sensibilité et une spécificité respectives de 94 et 79 % avec des valeurs prédictives négatives ou positives de 0,89. Toutefois, sa signification mérite d'être discutée : le plus souvent la chirurgie suspend, elle ne repousse pas. Ce test a tendance à plaquer le vagin sous l'urètre : il a été montré que le risque d'élévation de la résistance urétrale au cours du test pouvait être à l'origine de faux positifs en cas de vagin trop rigide ou étroit par exemple chez la femme âgée. S'il est négatif, c'est-à-dire s'il n'empêche pas complètement la fuite, il traduit une faiblesse sphinctérienne sans préjuger des possibilités de récupération. Le test n'a aucune valeur si la fuite engendrée avant correction correspondait à une miction réflexe ayant presque complètement vidé la vessie.
- **Le *testing* musculaire** périnéal est un temps important dans la reconnaissance d'une défaillance de la statique pelvienne. Il n'a pas d'autre signification spécifique. Au plan diagnostique, il est à intégrer au reste du tableau clinique et ne permet pas de juger de l'état du mécanisme sphinctérien urétral. Il permet d'observer la précision de la commande volontaire et de quantifier la qualité de la contraction musculaire.
- La recherche de prolapsus associé
- La prévalence des prolapsus est élevée, l'incidence des prolapsus symptomatiques bien plus faible (10 à 20 %). Il n'y aurait pas de relation entre la présence d'un prolapsus et le diagnostic d'incontinence à l'effort (sensibilité 72 %, spécificité 46 %). La constatation d'un relâchement du plancher pelvien et d'un prolapsus n'a donc de valeur que dans le cadre d'une incontinence d'effort démontrée. En revanche, parmi les symptômes de prolapsus génito-urinaire, l'incontinence urinaire à l'effort est la plus fréquente.
- **L'examen neurologique rapide**, particulièrement dans le territoire S4.

---

<sup>10</sup> Le test de Bonney est une manœuvre de repositionnement et de soutènement du col vésical au cours du toucher vaginal. Le même type de manœuvre peut permettre un soutènement de l'urètre distal (manœuvre d'Ulmsten).



---

## ANNEXE 5. PROPRIÉTÉS PSYCHOMÉTRIQUES DES ÉCHELLES DE QUALITÉ DE VIE

---

La définition des propriétés psychométriques des échelles de qualité de vie proposée ci-dessous est celle donnée par Fermanian (135), Leplège (136) et Auquier *et al.* (137).

La fidélité ou fiabilité est la capacité d'une échelle à reproduire des scores identiques ou très proches lorsque les situations expérimentales varient, par exemple :

- lorsque plusieurs observateurs cotent les mêmes sujets : fidélité inter-observateurs, appréciée par le calcul du coefficient  $\alpha$  de Cronbach ou le coefficient de corrélation intra-classe, ou
- quand la même évaluation est répétée dans le temps chez les mêmes sujets : fidélité test-retest, étudiée par le calcul du coefficient de corrélation entre 2 mesures.

La sensibilité au changement est la qualité d'un instrument de mesure dont le score, chez un sujet donné, varie nettement lorsque le phénomène mesuré change. Par exemple, l'échelle doit être capable de refléter l'amélioration ou l'aggravation d'un état pathologique.

La validité est la qualité la plus importante car elle permet de répondre à la question : « Que mesure-t-on exactement avec cet instrument de mesure ? » La validité présente 3 facettes importantes : validité de contenu, validité contre critère, validité du construit et une facette mineure : la validité d'apparence.

- La validité de contenu (*content validity*) consiste en l'analyse critique à la fois du contenu sémantique des items par rapport aux dimensions retenues décrivant la qualité de vie et de la formalisation des items.
- Pour la validité contre critère (*criterion validity*), le phénomène mesuré est évalué à la fois par l'échelle étudiée et un critère extérieur à celle-ci pris comme référence.
- La validité du construit (*construct validity*) porte sur la logique interne de l'instrument, sa logique de construction.
- La validité d'apparence correspond à la maniabilité de l'échelle. Elle résulte d'un simple jugement subjectif, fonction de l'utilisateur, prenant en compte les aspects pratiques de l'échelle (longueur, libellé des items, modalités de réponse.)

---

## **ANNEXE 6. INCONTINENCE IMPACT QUESTIONNAIRE-SHORT FORM (IIQ-7) / UROGENITAL DISTRESS INVENTORY-SHORT FORM (UDI-6)**

---

D'après Uebersax *et al.* (74) ; repris par l'Anaes dans les recommandations concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme (3).

### *Incontinence Impact Questionnaire-Short Form (IIQ-7)*

*Has urine leakage and/or prolapse affected your :*

1. *Ability to do household chores (cooking, housecleaning, laundry) ? (PA)*
2. *Physical recreation such as walking, swimming, or other exercise ? (PA)*
3. *Entertainment activities (movies, concerts, etc.) ? (T)*
4. *Ability to travel by car or bus more than 30 minutes from home ? (SR)*
5. *Participation in social activities outside your home ? (SR)*
6. *Emotional health (nervousness, depression, etc.) ? (EH)*
7. *Feeling frustrated ? (EH)*

### *Urogenital Distress Inventory-Short Form (UDI-6)*

*Do you experience, and, if so, how much are you bothered by :*

1. *Frequent urination ? (I)*
2. *Urine leakage related to the feeling of urgency ? (I)*
3. *Urine leakage related to physical activity, coughing, or sneezing ? (S)*
4. *Small amounts of urine leakage (drops) ? (S)*
5. *Difficulty emptying your bladder ? (OD)*
6. *Pain or discomfort in the lower abdominal or genital area ? (OD)*

*For both instruments, item response level are : (0) not at all ; (1) slightly ; (2) moderately ; (3) greatly. PA = physical activity ; T = travel ; SR = social/relationships ; EH = emotional health ; OD = obstructive/discomfort symptoms ; I = irritative symptoms ; S = stress symptoms.*

## ANNEXE 7. ÉCHELLE MHU : MESURE QUANTITATIVE DES DIFFÉRENTS SYMPTÔMES URINAIRES

D'après Amarenco *et al.* (10) ; reprise par l'Andem en 1995 pour l'« Évaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte » (1), puis par l'Anaes en 2000 dans les recommandations concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme (3). La version ci-dessous est la version citée par l'Anaes en 2000.

Score	0	1	2	3	4	Scores
Impériosité mictionnelle	Absente	Délai de sécurité entre 10 et 15 min. ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	Délai de sécurité entre 5 et 10 minutes	Délai de sécurité entre 2 et 5 minutes	Délai de sécurité < 2 minutes	Score impériosité fuite =
Fuite urinaire par impériosité	Absente	Moins d'une fois/mois	Plusieurs fois/mois	Plusieurs fois/semaine	Plusieurs fois/jour	
Fréquence mictionnelle diurne	Intervalle mictionnel > 2 h	Intervalle mictionnel De 1 h 30 à 2 heures	Intervalle mictionnel de 1 heure	Intervalle mictionnel de 1/2 heure	Intervalle mictionnel < 1/2 heure	Score pollakiurie =
Fréquence mictionnelle nocturne	0 ou 1 miction/nuît	2 mictions/nuît	3-4 mictions/nuît	5-6 mictions/nuît	Plus de 6 mictions/nuît	
Incontinence urinaire à l'effort	Absente	Lors des efforts violents (sport, course)	Lors des efforts moyens (quinte de toux, éternuement, soulèvement, rire)	Lors des efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement, mouvement brusque)	Au moindre changement de position	Score fuite effort =
Autre incontinence	0	En gouttes post-mictionnelles énurésie (> 1/mois)	Paroxysme émotionnel énurésie (1/semaine)	Énurésie (plusieurs/semaine)	Fuites permanentes goutte à goutte énurésie (1/jour)	Score autre
Dysurie rétention	0	Dysurie d'attente, dysurie terminale	Poussées abdominales, jet haché	Poussées manuelles miction prolongée, sensation résidu	Cathétérisme	Score dysurie =

## ANNEXE 8. ÉCHELLE DITROVIE® (VERSION COURTE)

Échelle réalisée en collaboration avec les laboratoires Sanofi-Synthélabo ; d'après Amarenco *et al.* (68) ; reprise par l'Anaes dans les recommandations concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme (3).

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires :

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Énormément</i>
1. vous ont-ils gêné lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?	1	2	3	4	5
2. vous ont-ils gêné pour faire les courses ou les achats ?	1	2	3	4	5
3. vous ont-ils gêné pour porter quelque chose de lourd ?	1	2	3	4	5
4. ont-ils nécessité que vous interrompiez fréquemment votre travail ou vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4	5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>En permanence</i>
5. avez-vous éprouvé un sentiment de honte, de dégradation ?	1	2	3	4	5
6. avez-vous craint de sentir mauvais ?	1	2	3	4	5
7. avez-vous perdu patience ?	1	2	3	4	5
8. avez-vous craint de sortir de chez vous ?	1	2	3	4	5
9. avez-vous été obligé de vous relever plusieurs fois pendant votre sommeil ?	1	2	3	4	5

10. Compte tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous actuellement votre qualité de vie ? (entourez la réponse de votre choix)...

1	2	3	4	5
Excellente				Mauvaise

Total : score global : somme des scores aux 10 questions divisée par 10.

Interprétation du score : 1 = correspond à une patiente peu gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une excellente qualité de vie. 5 = correspond à une patiente extrêmement gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une mauvaise qualité de vie.

## ANNEXE 9. ÉCHELLE DITROVIE<sup>®</sup> VERSION LONGUE (24 ITEMS)

Échelle réalisée en collaboration avec les laboratoires Sanofi-Synthélabo ; d'après Marquis *et al.* (69).

### ACTIVITÉS

**Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :**

(cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément	Sans objet
1. lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
2. lorsque vous preniez les transports en commun ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
3. lorsque vous conduisiez ou vous faisiez conduire ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
4. pour faire les courses ou des achats ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
5. pour porter quelque chose de lourd ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

**Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :**

(cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
6. pour attendre, faire la queue (sorties administratives, bus,...) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. pour faire du sport (course à pied, danse, gymnastique) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous :**

(cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
8. dû interrompre fréquemment votre travail ou vos activités quotidiennes ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## **IMAGE DE SOI**

### **Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :**

*(cochez la case de votre choix, une par ligne)*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
9. vous êtes-vous sentie anxieuse à l'idée d'avoir des relations sexuelles ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### **Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires avec quelle fréquence :**

*(cochez la case de votre choix, une par ligne)*

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
10. vous êtes-vous sentie moins féminine ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. vous êtes-vous sentie moins séduisante ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. avez-vous éprouvé un sentiment de honte, de dégradation ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. avez-vous craint de « sentir mauvais » ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## **RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL**

### **Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires avec quelle fréquence :**

*(cochez la case de votre choix, une par ligne)*

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
14. vous êtes-vous sentie découragée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. vous êtes-vous sentie anxieuse ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. avez-vous perdu patience ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. la crainte d'avoir des troubles urinaires vous a-t-elle préoccupée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. avez-vous craint de sortir de chez vous ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SOMMEIL**

**Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :**

*(cochez la case de votre choix, une par ligne)*

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
19. avez-vous été obligée de vous relever plusieurs fois <u>avant de vous endormir</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. avez-vous été obligée de vous relever plusieurs fois <u>pendant votre sommeil</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. lorsque vous vous êtes réveillée, avez-vous eu du mal à vous rendormir ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**BIEN ÊTRE**

**Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires avec quelle fréquence :**

*(cochez la case de votre choix, une par ligne)*

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
22. vous êtes-vous sentie bien dans votre peau ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

23. Êtes-vous **actuellement** satisfaite de votre vie en général malgré vos troubles urinaires ?

*(entourez la réponse de votre choix)*

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Pas du tout satisfaite</b>				<b>Très satisfaite</b>

24. Compte-tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous **actuellement** votre Qualité de Vie ?

*(entourez la réponse de votre choix)*

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Mauvaise</b>				<b>Excellente</b>

## ANNEXE 10. ÉCHELLE CONTILIFE® : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE LIÉE À L'INCONTINENCE URINAIRE

Échelle réalisée en collaboration avec les laboratoires Sanofi-Synthélabo ; d'après Amarenco *et al.* (70) ; elle est citée par l'Anaes dans les recommandations concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme (3).

Comment remplir le questionnaire

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé au cours des 4 dernières semaines.

Choisissez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez ou avez senti au cours des 4 dernières semaines en ne donnant qu'une seule réponse par ligne.

Si vous n'êtes pas concernée par certaines activités (ex. : gêne pour prendre les transports en commun alors que vous n'en prenez pas), mettez une croix dans la case « non concernée ».

Nous vous demandons d'essayer de répondre seule à ce questionnaire.

Pour répondre, faites une croix dans la case de votre choix.

	Non concernée					
Question a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

En cas d'erreur, noircissez la mauvaise réponse et entourez celle qui s'applique le mieux à votre cas.  
Nous vous remercions de votre collaboration.

➤ Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :

Jour	Mois	Année		

### ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	<i>Non concernée</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Énormément</i>
1. lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. lorsque vous conduisiez ou vous faisiez conduire ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. lorsque vous montiez ou descendiez les escaliers ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. pour faire les courses ou des achats ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. pour attendre, faire la queue (bus, cinéma, supermarché...) ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix)

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Énormément</i>
6. avez-vous dû vous interrompre fréquemment pendant votre travail ou vos activités quotidiennes ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

	(Cochez la case de votre choix)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>En permanence</i>
7. vous êtes-vous réveillée mouillée ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

### SITUATION D'EFFORT

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

	(Cochez la case de votre choix)					
	<i>Non concernée</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Énormément</i>
8. pour soulever ou porter quelque chose de lourd ?		<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
9. pour faire du sport (course à pied, danse, gymnastique) ?	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
10. lorsque vous vous êtes mouchée ou que vous avez éternué ou toussé ?		<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
11. lorsque vous avez eu un fou rire ?		<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

### IMAGE DE SOI

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

	(Cochez la case de votre choix)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>En permanence</i>
12. vous êtes-vous sentie moins séduisante ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
13. avez-vous craint de « sentir mauvais » ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
14. avez-vous eu peur que les autres ne s'aperçoivent de vos troubles ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
15. avez-vous eu peur de faire des taches chez les autres ou au travail ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
16. avez-vous dû changer de tenue ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

Au cours des 4 dernières semaines, malgré vos troubles urinaires, avec quelle fréquence

	(Cochez la case de votre choix)				
	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>En permanence</i>
17. vous êtes-vous sentie bien dans votre peau ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires

(Cochez la case de votre choix)

	<i>Je ne porte jamais de protections</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Énormément</i>
18. avez-vous été <u>gênée</u> par le fait d'avoir à porter des protections ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>En permanence</i>
19. vous êtes-vous sentie découragée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. avez-vous perdu patience ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. la crainte d'avoir des troubles urinaires vous a-t-elle préoccupée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir maîtriser vos réactions ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. vos troubles ont-ils été une obsession, une hantise pour vous ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. avez-vous dû penser à emporter des protections avant de sortir ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### SEXUALITÉ

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	<i>Non concernée</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Énormément</i>
25. vous êtes-vous sentie anxieuse à l'idée d'avoir des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. avez-vous modifié votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. avez-vous craint d'avoir des fuites au cours des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### QUALITÉ DE VIE GLOBALE

28. Compte tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous actuellement votre qualité de vie ?

(Entourez la case de votre choix)

1	2	3	4	5
Mauvaise				Excellente

---

## ANNEXE 11. TECHNIQUES DE RÉÉDUCATION DANS L'INCONTINENCE URINAIRE

---

La description des différentes techniques utilisables est issue des recommandations de l'Anaes : « Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques » (3).

— *Le travail manuel intravaginal des muscles du plancher pelvien*

Il est peu évalué, il permet de faire varier le type de contraction (concentrique, excentrique), de localiser la stimulation sur des faisceaux musculaires spécifiques et d'apprécier la qualité de la contraction. Cette technique renforce les muscles du plancher pelvien (grade C).

Les exercices du plancher pelvien peuvent être effectués par la patiente seule chez elle ou peuvent être associés à un travail avec un rééducateur, dans ce dernier cas l'amélioration de la force est plus importante avec une diminution du nombre de fuites pour des patientes présentant une incontinence urinaire liée à un effort (grade B).

— *Le biofeedback instrumental*

Si l'état de la patiente le permet, cette technique permet d'objectiver la contraction des muscles du plancher pelvien, qu'elle soit correcte ou incorrecte, et donc d'aider la patiente à améliorer le recrutement musculaire ; le *biofeedback* instrumental améliore le contrôle de la miction chez des patientes présentant une incontinence urinaire liée à un effort ou mixte (grade C). La technique instrumentale est plus efficace que le *feedback* verbal (avec 2 doigts intravaginaux) (grade C).

— *L'électrostimulation fonctionnelle*

Si l'état de la patiente le permet, cette technique consiste à utiliser des courants électriques pour provoquer une contraction musculaire (fréquence 50 Hz) ou pour provoquer une inhibition vésicale (fréquence 5 à 25 Hz). L'électrostimulation à visée de renforcement est efficace (grade C). Cette technique permet une amélioration de l'incontinence urinaire liée à un effort ou en cas d'incontinence urinaire par impériosité à condition de respecter les fréquences appropriées (grade C). Les contre-indications à l'électrostimulation fonctionnelle sont :

- la grossesse en cours ;
- la présence d'un pace-maker ;
- l'hypoesthésie périnéale.

L'électrostimulation est pratiquée à l'aide d'une sonde endocavitaire ou d'électrodes de surface.

— *Les cônes vaginaux*

Si l'état de la patiente le permet, cette technique consiste à utiliser des « cônes vaginaux » de taille identique mais de poids différent. La patiente contracte les muscles du plancher pelvien pour maintenir ces cônes en place. Cette technique améliorerait la force des muscles du plancher pelvien lors d'incontinence urinaire d'effort (grade C).

## RÉFÉRENCES

---

1. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Évaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte. Paris: ANDEM; 1995.
2. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Prise en charge de l'incontinence urinaire de l'adulte en médecine générale. Paris: ANDEM; 1995.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. Paris: ANAES; 2000.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Rééducation dans le cadre du *post-partum*. Paris: ANAES; 2002.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation du TVT (*Tension-free Vaginal Tape*) dans l'incontinence urinaire d'effort féminine. Paris: ANAES; 2002.
6. Agency for Health Care Policy and Research. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Clinical practice guideline [update]. Rockville (MD): AHCPR; 1996.
7. Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, UNAFORMEC, Vallée JP, Charpentier JM, Gallois P, Le Noc Y. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France. Une enquête transversale en médecine générale. Montreuil: CDRMG, UNAFORMEC; 2003.
8. Société de Formation Thérapeutique du Généraliste. Enquête sur les représentations psychosociales de l'incontinence urinaire. Paris: SFTG; 2003.
9. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U *et al.* The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21(2):167-78.
10. Amarenco G, Kerdraon J, Perrigot M. Échelle d'évaluation du handicap pelvien : mesure du handicap urinaire (MHU). In: Pélissier J, Coster P, Lopez S, Marès P, ed. Rééducation vésico-sphinctérienne et ano-rectale. Paris: Masson; 1992. p. 498-504.
11. Sommer P, Bauer T, Nielsen KK, Kristensen ES, Hermann GG, Steven K *et al.* Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. A questionnaire survey. *Br J Urol* 1990;66(1):12-5.
12. Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn* 1999;18(6):567-77.
13. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol* 2001;98(6):1004-10.
14. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn* 2000;19(3):259-71.
15. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community: analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993;306(6881):832-4.
16. Grimby A, Milsom I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing* 1993;22(2):82-9.
17. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(12):1374-9.

18. Hunskar S, Vinsnes A. The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. *J Am Geriatr Soc* 1991;39(4):378-82.
19. Kinn AC, Zaar A. Quality of life and urinary incontinence pad use in women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9(2):83-7.
20. Wyman JF, Harkins SW, Choi SC, Taylor JR, Fantl JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 1987;70(3 Pt 1):378-81.
21. Swithinbank LV, Abrams P. The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. *World J Urol* 1999;17(4):225-9.
22. Robinson D, Pearce KF, Preisser JS, Dugan E, Suggs PK, Cohen SJ. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. *Obstet Gynecol* 1998;91(2):224-8.
23. Fourcade RO, Gaudin AF, Mazzetta C, Robertson C, Boyle P. Prévalence des troubles du bas appareil urinaire et de l'incontinence chez les adultes auxerrois. *Volet français de l'étude UrEpik. Presse Méd* 2002;31(5):202-10.
24. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology* 1999;53(1):71-6.
25. Lubeck DP, Prebil LA, Peeples P, Brown JS. A health related quality of life measure for use in patients with urge urinary incontinence: a validation study. *Qual Life Res* 1999;8(4):337-44.
26. Møller LA, Lose G, Jørgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(4):298-305.
27. Cochran A. Don't ask, don't tell: the incontinence conspiracy. *Manag Care Q* 2000;8(1):44-52.
28. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk ? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol* 1996;87(5 Pt 1):715-21.
29. Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1999;94(1):66-70.
30. Roe B, Doll H. Lifestyle factors and continence status: comparison of self-report data from a postal survey in England. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999;26(6):312-9.
31. Graham CA, Mallett VT. Race as a predictor of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(1):116-20.
32. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103(2):154-61.
33. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):350-6.
34. Viktrup L, Lose G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(1):82-7.
35. Højberg KE, Salvig JD, Winsløw NA, Lose G, Secher NJ. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(8):842-50.
36. van Kessel K, Reed S, Newton K, Meier A, Lentz G. The second stage of labor and stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(7):1571-5.
37. Sherburn M, Guthrie JR, Dudley EC, O'Connell HE, Dennerstein L. Is incontinence associated with menopause ? *Obstet Gynecol* 2001;98(4):628-33.

38. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa Paiva LH, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2001;35(5):428-35.
39. Morgan JL, O'Connell HE, McGuire EJ. Is intrinsic sphincter deficiency a complication of simple hysterectomy ? *J Urol* 2000;164(3 Pt 1):767-9.
40. Rasmussen KL, Krue S, Johansson LE, Knudsen HJH, Agger AO. Obesity as a predictor of postpartum urinary symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76(4):359-62.
41. Samsioe G, Heraib F, Lidfeldt J, Nerbrand C, Lindholm L, Agardh C *et al.* Urogenital symptoms in women aged 50-59 years. Women's Health in Lund Area (WHILSA) Study Group. *Gynecol Endocrinol* 1999;13(2):113-7.
42. Elleuch MH, Ghattassi I, Guerhazi M, Lahiani J, Kassis M, Dammak J *et al.* L'incontinence urinaire chez la femme sportive nullipare. Enquête épidémiologique. À propos de 105 cas. *Ann Réadapt Méd Phys* 1998;41(8):479-84.
43. Gunthorpe W, Brown W, Redman S. The development and evaluation of an incontinence screening questionnaire for female primary care. *Neurourol Urodyn* 2000;19(5):595-607.
44. Robinson D, McClish DK, Wyman JF, Bump RC, Fantl JA. Comparison between urinary diaries completed with and without intensive patient instructions. *Neurourol Urodyn* 1996;15(2):143-8.
45. Cotellet O. Guide pratique de rééducation urogynécologique. Paris: Édition Marketing; 1985.
46. Mansoor A, Jacquetin B, Ohana M. Évaluation des facteurs de l'incontinence urinaire féminine et indications thérapeutiques. *Ann Urol* 1993;27(5):292-305.
47. Ballanger P, Rischmann P. Incontinence urinaire de la femme : évaluation et traitement. *Prog Urol* 1995;5(5):739-893.
48. Harris TA, Bent AE. Genital prolapse with and without urinary incontinence. *J Reprod Med* 1990;35(8):792-8.
49. Lemack GE, Zimmern PE. Predictability of urodynamic findings based on the Urogenital Distress Inventory-6 questionnaire. *Urology* 1999;54(3):461-6.
50. Lemack GE, Zimmern PE. Identifying patients who require urodynamic testing before surgery for stress incontinence based on questionnaire information and surgical history. *Urology* 2000;55(4):506-11.
51. Harvey MA, Kristjansson B, Griffith D, Versi E. The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory: a revisit of their validity in women without a urodynamic diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(1):25-31.
52. Haeusler G, Hanzal E, Joura E, Sam C, Koelbl H. Differential diagnosis of detrusor instability and stress-incontinence by patient history: the Gaudenz-Incontinence- Questionnaire revisited. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74(8):635-7.
53. Jensen JK, Nielsen FR, Ostergard DR. The role of patient history in the diagnosis of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1994;83(5 Pt 2):904-10.
54. Sandvik H. History as a diagnostic tool in female urinary incontinence. 1996. <<http://www.uib.no/isf/people/doc/history.htm>> [Consulté le 19-05-03]
55. Summitt RL, Stovall TG, Bent AE, Ostergard DR. Urinary incontinence: correlation of history and brief office evaluation with multichannel urodynamic testing. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166(6 Pt 1):1835-40.
56. Carey MP, Dwyer PL, Glenning PP. The sign of stress incontinence: should we believe what we see ? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1997;37(4):436-9.
57. Videla FLG, Wall LL. Stress incontinence diagnosed without multichannel urodynamic studies. *Obstet Gynecol* 1998;91(6):965-8.

58. Harvey MA, Versi E. Predictive value of clinical evaluation of stress urinary incontinence: a summary of the published literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12(1):31-7.
59. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol* 2000;96(1):85-9.
60. Wyman JF, Elswick RK, Ory MG, Wilson MS, Fantl JA. Influence of functional, urological, and environmental characteristics on urinary incontinence in community-dwelling older women. *Nurs Res* 1993;42(5):270-5.
61. American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. Washington (DC): APA; 1985.
62. Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, Pollard WE, Gilson BS, Morris JR. The sickness impact profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *Int J Health Serv* 1976;6(3):393-415.
63. Leplège A, Mesbah M, Marquis P. Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de qualité de vie : le MOS SF-36 (version 1.1). *Rev Épidémiol Santé Publique* 1995;43:371-9.
64. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The french SF-36 health survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol* 1998;51(11):1013-23.
65. Sand PK, Staskin D, Miller J, Diokno A, Sant GR, Davila GW *et al.* Effect of a urinary control insert on quality of life in incontinent women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999;10(2):100-5.
66. McFall SL, Yerkes AM, Cowan LD. Outcomes of a small group educational intervention for urinary incontinence: health-related quality of life. *J Aging Health* 2000;12(3):301-17.
67. Sander P, Thyssen H, Lose G, Andersen JT. Effect of a vaginal device on quality of life with urinary stress incontinence. *Obstet Gynecol* 1999;93(3):407-11.
68. Amarenco G, Marquis P, Leriche B, Richard F, Zerbib M, Jacquetin B. Une échelle spécifique d'évaluation de la perturbation de la qualité de vie au cours des troubles mictionnels : l'échelle Ditrovie®. *Ann Réadapt Méd Phys* 1997;40(1):21-6.
69. Marquis P, Amarenco G, Sapède C, Josserand F, McCarthy C, Zerbib M *et al.* Élaboration et validation d'un questionnaire qualité de vie spécifique de l'impériosité mictionnelle chez la femme. *Prog Urol* 1997;7(1):56-63.
70. Amarenco G, Arnould B, Carita P, Haab F, Labat JJ, Richard F. European psychometric validation of the Contilife® : a Quality of Life questionnaire for urinary incontinence. *Eur Urol* 2003;43(4):391-404.
71. Amarenco G, Marquis P, McCarthy C, Richard F. Qualité de vie des femmes souffrant d'impériosité mictionnelle avec ou sans fuites. Étude prospective après traitement par oxybutynine (1 701 cas). *Presse Méd* 1998;27(1):5-10.
72. Continence Program in Women (CPW) Research Group. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. *Qual Life Res* 1994;3(5):291-306.
73. Valerius AJ. The psychosocial impact of urinary incontinence on women aged 25 to 45 years. *Urol Nurs* 1997;17(3):96-103.
74. Continence Program for Women Research Group. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, Fantl JA. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Neurourol Urodyn* 1995;14(2):131-9.

75. Brown JS, Posner SF, Stewart AL. Urge incontinence: new health-related quality of life measures. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(8):980-8.
76. Lee PS, Reid DW, Saltmarche A, Linton L. Measuring the psychosocial impact of urinary incontinence: the York Incontinence Perceptions Scale (YIPS). *J Am Geriatr Soc* 1995;43(11):1275-8.
77. Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol* 1996;77(6):805-12.
78. Jackson S, Shepherd A, Brookes S, Abrams P. The effect of oestrogen supplementation on post-menopausal urinary stress incontinence: a double-blind placebo-controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(7):711-8.
79. Black N, Griffiths J, Pope C. Development of a symptom severity index and a symptom impact index for stress incontinence in women. *Neurourol Urodyn* 1996;15(6):630-40.
80. Nygaard IE. Postvoid residual volume cannot be accurately estimated by bimanual examination. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7(2):74-6.
81. Ouslander JG, Simmons S, Tuico E, Nigam JG, Fingold S, Bates-Jensen B *et al.* Use of a portable ultrasound device to measure post-void residual volume among incontinent nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1994;42(11):1189-92.
82. Goode PS, Locher JL, Bryant RL, Roth DL, Burgio KL. Measurement of postvoid residual urine with portable transabdominal bladder ultrasound scanner and urethral catheterization. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000;11(5):296-300.
83. Topper AK, Holliday PJ, Fernie GR. Bladder volume estimation in the elderly using a portable ultrasound-based measurement device. *J Med Eng Technol* 1993;17(3):99-103.
84. Ding YY, Sahadevan S, Pang WS, Choo PWJ. Clinical utility of a portable ultrasound scanner in the measurement of residual urine volume. *Singapore Med J* 1996;37(4):365-8.
85. Ouslander JG, Schapira M, Schnelle JF, Fingold S. Pyuria among chronically incontinent but otherwise asymptomatic nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1996;44(4):420-3.
86. Boscia JA, Kobasa WD, Abrutyn E, Levison ME, Kaplan AM, Kaye D. Lack of association between bacteriuria and symptoms in the elderly. *Am J Med* 1986;81(6):979-82.
87. Bergman A, Bhatia NN. Urodynamics: effect of urinary tract infection on urethral and bladder function. *Obstet Gynecol* 1985;66(3):366-71.
88. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Drutz HP, Farrell SA, Mainprize TC. Guidelines for the evaluation of genuine stress incontinence prior to primary surgery. Clinical practice guidelines, policy statement n°60. Ottawa: SOGC; 1997.
89. Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1.* Oxford: Update Software; 2002.
90. Appell RA. Clinical efficacy and safety of tolterodine in the treatment of overactive bladder: a pooled analysis. *Urology* 1997;50(6A Suppl):90-6.
91. Harvey MA, Baker K, Wells GA. Tolterodine versus oxybutynin in the treatment of urge urinary incontinence: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(1):56-61.
92. Herbison P, Plevnik S, Manthe J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 1.* Oxford: Update Software; 2002.
93. Hay-Smith J, Bø K, Berghmans LCM, Hendriks HJM, de Bie RA, Van Waalwijk Van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 1.* Oxford: Update Software; 2002.



94. Dmochowski RR, Appell RA. Advancements in pharmacologic management of the overactive bladder. *Urology* 2000;56(Suppl 6A):41-9.
95. Bemelmans BLH, Kiemeny LALM, Debruyne FMJ. Low-dose oxybutynin for the treatment of urge incontinence: good efficacy and few side effects. *Eur Urol* 2000;37(6):709-13.
96. Anderson RU, Mobley D, Blank B, Saltzstein D, Susset J, Brown JS. Once daily controlled versus immediate release oxybutynin chloride for urge urinary incontinence. *J Urol* 1999;161(6):1809-12.
97. Gupta SK, Sathyan G, Lindemulder EA, Ho PL, Sheiner LB, Aarons L. Quantitative characterization of therapeutic index: application of mixed-effects modeling to evaluate oxybutynin dose-efficacy and dose-side effect relationships. *Clin Pharmacol Ther* 1999;65(6):672-84.
98. The Ditropan XL Study Group. Versi E, Appell R, Mobley D, Patton W, Saltzstein D. Dry mouth with conventional and controlled-release oxybutynin in urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95(5):718-21.
99. Appell RA, Sand P, Dmochowski R, Anderson R, Zinner N, Lama D *et al.* Prospective randomized controlled trial of extended-release oxybutynin chloride and tolterodine tartrate in the treatment of overactive bladder: results of the OBJECT Study. *Mayo Clin Proc* 2001;76(4):358-63.
100. Malone-Lee JG, Walsh JB, Maugourd MF. Tolterodine: a safe and effective treatment for older patients with overactive bladder. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(6):700-5.
101. Millard R, Tuttle J, Moore K, Susset J, Clarke B, Dwyer P *et al.* Clinical efficacy and safety of tolterodine compared to placebo in detrusor overactivity. *J Urol* 1999;161(5):1551-5.
102. van Kerrebroeck P, Kreder K, Jonas U, Zinner N, Wein A. Tolterodine once-daily: superior efficacy and tolerability in the treatment of the overactive bladder. *Urology* 2001;57(3):414-21.
103. Jacquetin B, Wyndaele JJ. Tolterodine reduces the number of urge incontinence episodes in patients with an overactive bladder. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98(1):97-102.
104. Jonas U, Höfner K, Madersbacher H, Holmdahl TH. Efficacy and safety of two doses of tolterodine versus placebo in patients with detrusor overactivity and symptoms of frequency, urge incontinence, and urgency: urodynamic evaluation. *World J Urol* 1997;15(2):144-51.
105. Wein AJ. Pharmacological agents for the treatment of urinary incontinence due to overactive bladder. *Expert Opin Invest Drugs* 2001;10(1):65-83.
106. Wiedemann A, Füsgen I, Hauri D. New aspects of therapy with trospium chloride for urge incontinence. *Eur J Geriatr* 2001;3(1):41-5.
107. Fröhlich G, Bulitta M, Strösser W. Trospium chloride in patients with detrusor overactivity: meta-analysis of placebo-controlled, randomized, double-blind, multi-center clinical trials on the efficacy and safety of 20 mg trospium chloride twice daily. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2002;40(7):295-303.
108. Madersbacher H, Stöhrer M, Richter R, Burgdörfer H, Hachen HJ, Mürtz G. Trospium chloride versus oxybutynin: a randomized, double-blind, multicentre trial in the treatment of detrusor hyper-reflexia. *Br J Urol* 1995;75(4):452-6.
109. Osca-Garcia JM, Martinez-Aguilo E, Conejero-Sugranes J, Jimenez-Cruz JF. A comparison of trospium chloride and oxybutynin in the treatment of the hyperactive bladder: a randomized double-blind study. *Urod* 1997;10(A):40-4.
110. Höfner K, Halaska M, Primus G, Al-Shukri S, Jonas U. Tolerability and efficacy of trospium chloride in a long term treatment (52 weeks) in patients with urge syndrome: a double-blind, controlled, multicentre clinical trial. *Neurourol Urodyn* 2000;19:487-8.
111. Jünemann KP, Al-Shukri S. Efficacy and tolerability of trospium chloride and tolterodine in

- 234 patients with urge syndrome: a double-blind, placebo-controlled, multicentre clinical trial. *Neurourol Urodyn* 2000;19:488-90.
112. Arrêté du 17 avril 2003 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. *Journal Officiel* 2003;21 mai.
113. Hay-Smith J, Herbison P, Ellis G, Moore K. Anticholinergic drugs versus placebo for overactive bladder syndrome in adults (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software; 2002.
114. Fantl JA, Cardozo L, McClish DK. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. First report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstet Gynecol* 1994;83(1):12-8.
115. The Continence Program for Women Research Group. Fantl JA, Bump RC, Robinson D, McClish DK, Wyman JF. Efficacy of estrogen supplementation in the treatment of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1996;88(5):745-9.
116. Thom DH, Brown JS. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. *J Am Geriatr Soc* 1998;46(11):1411-7.
117. Hassouna MM, Siegel SW, Lycklana Å, Njeholt AAB, Elhilali MM, van Kerrebroeck PEV, Das AK *et al.* Sacral neuromodulation in the treatment of urgency-frequency symptoms: a multicenter study on efficacy and safety. *J Urol* 2000;163:1849-54.
118. Schmidt RA, Jonas U, Oleson KA, Janknegt RA, Hassouna MM, Siegel SW *et al.* Sacral nerve stimulation for treatment of refractory urinary urge incontinence. *J Urol* 1999;162:352-7.
119. Weil EHJ, Ruiz-Cerdá JL, Eerdmans PHA, Janknegt RA, Bemelmans BLH, van Kerrebroeck PEV. Sacral root neuromodulation in the treatment of refractory urinary urge incontinence: a prospective randomized clinical trial. *Eur Urol* 2000;37:161-71.
120. Lemack GE. Overactive bladder: optimizing quality of care. *Am J Managed Care* 2001;7(Suppl 2):S46-61.
121. Gonthier R. Le concept de fragilité : pourquoi est-il essentiel ? *Rev Gériatrie* 2000;25(3):135-8.
122. Gonthier R. Le sujet âgé fragile. *Impact Méd Hebdo* 2001;549:3-28.
123. Chin A Paw MJM, Dekker JM, Feskens EJM, Schouten EG, Kromhout D. How to select a frail elderly population ? A comparison of three working definitions. *J Clin Epidemiol* 1999;52(11):1015-21.
124. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56A(3):M146-56.
125. Chutka DS, Takahashi PY. Urinary incontinence in the elderly. Drug treatment options. *Drugs* 1998;56(4):587-95.
126. Johnson TM, Busby-Whitehead J. Diagnostic assessment of geriatric urinary incontinence. *Am J Med Sci* 1997;314(4):250-6.
127. Health Care Committee Expert Panel for Health care of the elderly. Incontinence and the older person. Series on clinical management problems in the elderly n°5. Canberra: National Health and Medical Research Council; 1994.
128. Tannenbaum C, Perrin L, Dubeau CE, Kuchel GA. Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82(1):134-8.
129. Fonda D, Resnick NM, Colling J, Burgio K, Ouslander JG, Norton C *et al.* Outcome measures for research of lower urinary tract dysfunction in frail older people. *Neurourol Urodyn* 1998;17(3):273-81.
130. Björnsdóttir LT, Geirsson RT, Jónsson PV. Urinary incontinence and urinary tract infections in

octogenarian women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77(1):105-9.

131. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Paris: ANAES; 2000.

132. Abrams P, Blaivas JG, Stanton S, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 1988;7:403-26.

133. Ryhammer AM, Djurhuus JC, Laurberg S. Pad testing in incontinent women: a review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999;10(2):111-5.

134. Ballanger P, Rischmann P. Female urinary incontinence: an overview of a report presented to the French Urological Association. *Eur Urol* 1999;36(3):165-74.

135. Fermanian J. Évaluer correctement la validité d'une échelle : les nombreux pièges à éviter. *Rev Épidémiol Santé Publique* 1996;44:278-86.

136. Leplège A. Les instruments de mesure. In: Leplège A, éd. *Les mesures de la qualité de vie*. Paris: PUF; 1999. p. 31-46.

137. Auquier P, Siméoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. In: *Qualité de vie. Santé, écologie, environnement*. Montreuil: Prévenir; 1993. p. 77-87.