

## Incontinence, ne fuyons plus les fuites urinaires !

Paris, le 8 juin 2020 • **Tous continents, les protections ne sont pas une solution ! C'est le message que les urologues de l'AFU souhaitent marteler à l'occasion de la Semaine de la continence 2020 qui se tiendra du 22 au 28 juin prochain. Quel que soit l'âge du patient et quelles que soient la cause et la sévérité de son incontinence, il existe toujours des solutions pour le soulager. Retour sur les différentes approches thérapeutiques.**

Avec le Pr Xavier Gamé, secrétaire général de l'AFU, ancien responsable du comité de neuro-urologie et le Dr Véronique Phé, responsable du comité de neuro-urologie de l'AFU.



**« Non, non, non ! Les protections urinaires ne sont pas une solution ! »**

Dr Véronique Phé

### Incontinence d'effort : la rééducation périnéale, arme de choix à tous les âges de la vie

Quelques gouttes d'urine qui s'échappent lors d'un fou rire, d'une quinte de toux ou d'un effort sportif, c'est le visage habituel de l'incontinence d'effort. Le coupable en est, le plus souvent, le périnée (la paroi inférieure du pelvis encore appelé plancher pelvien, que traverse l'urètre, le sphincter anal et le vagin chez les femmes). Lorsqu'il est fragilisé, il ne joue plus correctement son rôle de maintien, ni sa mission de régulateur de l'ouverture et, surtout, de la fermeture des sphincters. Chez la femme, le périnée est mis à l'épreuve par la grossesse, l'accouchement et la chute hormonale de la ménopause. Chez l'homme, ce muscle, est soumis à moins de contraintes. En outre, pour des raisons anatomiques, il est également plus résistant. Néanmoins la chirurgie de la prostate peut induire des incontinenes. Il existe également des incontinenes d'effort d'origine neurologique, par exemple en cas d'accident et de lésion de la partie basse de la moelle épinière.

#### *Une bonne rééducation, c'est la base de tout !*

La rééducation périnéale, consistant à renforcer et tonifier ce « plancher pelvien » est la **première mesure à envisager en cas de fuites urinaires. Dans un cas sur deux, à raison d'une vingtaine de séances, elle suffit à résoudre le problème.**

**« Il n'y a pas de limite d'âge pour envisager ce traitement »** insiste le Pr Xavier Gamé qui rappelle que même chez un octogénaire, avant l'usage de protections urinaires, il est fondamental de tenter une rééducation. Des traitements hormonaux locaux (gélules ou ovules gynécologiques) peuvent également contribuer à améliorer la qualité des tissus chez la femme ménopausée.

#### Les conditions d'une réhabilitation réussie :

- Choisir un praticien (sage-femme ou kinésithérapeute) spécialisé en rééducation urologique.
  - Poursuivre à domicile le renforcement musculaire, une fois que le traitement est terminé.
- Comme tous les muscles, le périnée a besoin d'être stimulé de manière régulière pour conserver sa tonicité.

Certaines femmes sont **gênées uniquement lorsqu'elles font du sport**. Une solution consiste à recourir à un dispositif intravaginal pendant l'activité sportive et le retirer ensuite. Un tampon peut jouer le même rôle.

## Ballons et bandelettes

Si au bout d'une dizaine de séances de rééducation aucune amélioration n'est perceptible, il est probable que la rééducation est inopérante. De nombreuses options restent à la disposition des patients : bandelette sous-urétrale (par voie rétropubienne ou trans-obturatrice), ballonnets péri-urétraux et pour les cas les plus sévères, sphincter artificiel. Les injections d'agents comblants (acide hyaluronique) viennent, chez la femme, compléter le dispositif.

### La plus traditionnelle, la bandelette sous-urétrale.

Mis au point au milieu des années 90 en Suède, le TVT (tension free vaginal tape) a modifié radicalement la prise en charge de l'incontinence féminine. L'opération, réalisée sous anesthésie locorégionale ou générale consiste à venir soutenir l'urètre afin de faire contrepoids aux pressions exercées lors de l'effort. Dérivé du TVT, le TOT (Trans-Obturator Tape) a été inventé en 2001 par un urologue français. Les taux de réussite sont aujourd'hui entre 85 et 90 % pour les deux techniques employées (TVT et TOT). Des bandelettes peuvent aussi être utilisées -plus rarement- chez l'homme. Les résultats tournent autour de 60 %. « **Ce sont des incontinenances plus compliquées avec des mécanismes multiples** » explique le Pr Gamé.

### Le ballonnet, une alternative aux bandelettes

Pour les incontinenances masculines, le chirurgien préfère souvent proposer des ballonnets périurétraux. On insère les ballonnets au travers du périnée, on les glisse sous contrôle radioscopique et endoscopique jusqu'en dessous du col vésical. Six semaines après l'intervention, il est possible de commencer à gonfler les ballonnets. Tous les 15 jours, le patient revient pour augmenter le volume des ballonnets jusqu'à obtenir la taille idéale (ni trop car le patient ne pourrait plus uriner, ni trop peu car des fuites risqueraient de persister).

Le ballonnet est également une solution pour les femmes dotées d'un urètre peu mobile ou pour certaines incontinenances complexes, en cas d'échec des bandelettes. La voie d'abord est légèrement différente (via les grandes lèvres).

Le taux de succès des ballonnets tourne autour de 65 % pour l'homme et 60 % pour la femme.

Comme toute chirurgie, les ballonnets et les bandelettes ont un taux de complication de l'ordre de 2 %. Ces chirurgies ne peuvent pas être proposées chez les patients ayant subi une radiothérapie pelvienne.

### **Des dispositifs en cours de réévaluation**

*En France, un arrêté ministériel de 2019<sup>1</sup> stipule que tous les dispositifs implantés en urologie doivent être réévalués. Cette évaluation à laquelle les urologues de l'AFU participent, durera 18 mois. Au vu des retours, la HAS prendra position. Une audition des sociétés savantes par la Haute Autorité de Santé est prévue le 24 mars 2020.*

### Le sphincter artificiel, chirurgie du dernier recours.

Pour les cas - heureusement rares ! - réfractaires à tous les traitements, il reste la possibilité de poser un sphincter artificiel. « **C'est une intervention plus lourde, notamment chez la femme** », constate le Pr Gamé. « **Mais elle est très efficace : 70 % des patients sont totalement continents, 20 % sont améliorés et nous n'avons que 10 % d'échecs** ». Seule limite : on ne peut pas poser de sphincter artificiel chez les patients très âgés, car l'implant est activé par une petite pompe située dans les grandes lèvres ou dans les bourses. Il faut que le patient ait une dextérité suffisante pour faire fonctionner le dispositif.

Autre solution : les injections de produits comblants dans la paroi de l'urètre. Elles permettent de créer un « frein » pour l'écoulement urinaire. Les injections sont peu invasives, elles soulagent efficacement l'incontinence dans un cas sur deux. Mais leur efficacité est de l'ordre de 2 ans. Il faut donc renouveler l'acte régulièrement et elles sont limitées aux femmes

Chaque intervention est décidée au cas par cas, en fonction du patient ou de la patiente.

<sup>1</sup> Arrêté du 22 février 2019 fixant au titre de l'année 2019 les catégories homogènes de produits de santé mentionnées aux articles L. 165-11 et R. 165-49 du code de la sécurité sociale

### *Un peu de calcul...*

*Sur 100 femmes souffrant d'incontinence d'effort, 50 seront guéries uniquement par de la rééducation. Parmi les 50 insuffisamment soulagées, environ 40 retrouveront leur continence après la pose d'une bandelette. Restent dix femmes non guéries : 6 d'entre elles bénéficieront des ballonnets, aux 4 dernières il pourra être proposé un sphincter artificiel si elles n'ont pas de contre-indication.*

## Des vessies impatientes...

L'incontinence urinaire par urgenturie est une autre forme d'incontinence, caractérisée par des envies soudaines d'uriner, difficiles à maîtriser. Elles sont dues à une hyperréactivité de la vessie. L'objectif des thérapies est donc **d'apaiser cette vessie hyperactive**. Les **thérapies comportementales** sont préconisées en première intention. Elles visent une « reprogrammation mictionnelle » : le patient apprend à se retenir, à aller moins souvent aux toilettes. Associées à des conseils hygiénico-diététiques (réduire ses apports hydriques, éviter l'alcool, le tabac et la caféine qui stimulent la vessie...), elles sont efficaces dans 20 à 30 % des cas. « **La rééducation périnéale peut aussi améliorer la situation** », souligne le **Pr Gamé**, tout comme les hormonothérapies locales.

### *Une affaire de signaux nerveux*

Quand cela ne suffit pas, il faut en passer par un traitement chimique. Deux classes médicamenteuses, les anticholinergiques (antimuscariniques), et, plus récemment les beta3agonistes sont utilisées. Ces molécules « *modulent la contractilité vésicale et surtout diminuent les signaux nerveux (l'afférence), l'information sur le remplissage...* ». Les antimuscariniques sont connus pour provoquer des sécheresses buccales et parfois des constipations. Les béta3agonistes n'ont pas cet effet secondaire mais, comme il existe des récepteurs béta au niveau du cœur et des vaisseaux, il est nécessaire de suivre la tension artérielle au début du traitement.

Environ 30 % des patients sont « totalement secs » lorsqu'ils sont sous traitement. Un pourcentage important est amélioré, mais souffre encore de fuites.

Une étude récente suggère que **pour un patient sur 2, le traitement peut être arrêté au bout de 6 mois** sans récurrence de l'incontinence.

### *Les urologues ne sont pas à sec....*

Et si ça ne marche pas ? La stimulation électrique externe est une solution intéressante. En pratique, la méthode consiste à stimuler le nerf tibial, 20 mn chaque jour. La méthode est non invasive (l'électrode est collée sur la cheville le temps de la séance), sans effet secondaire, et efficace chez 40 % des patients. Seule contrainte : refaire la stimulation tous les jours. Actuellement utilisé pour les incontinenances urinaires par urgenturies réfractaires, ce traitement pourrait être préconisé en première ligne. Des études vont démarrer prochainement pour comparer, en première intention, le traitement chimique et la stimulation du nerf tibial.

Dernière solution quand rien ne fonctionne, la stimulation médullaire ou « neuromodulation sacrée ». L'intervention, plus lourde, nécessite d'aller poser, sous anesthésie générale, des électrodes sur la moelle épinière, au contact des racines nerveuses qui gèrent la contractilité de la vessie. Résultats : 40 % des patients sont « secs », 30 % sont améliorés... et 30 % en échec.

Autre alternative pour les patients réfractaires à toutes les approches, les injections de toxine botulique directement dans la vessie.

## Retrouver une vie normale !

40 % des incontinenances sont des incontinenances d'effort, 10 % des incontinenances urinaires par urgenturie et le 50 % sont dites « mixtes » car il associe les deux types de troubles. « **Lorsque les deux coexistent simultanément, on essaye de déterminer avec le patient la forme prédominante et on traite en priorité celle-là. Dans un second temps on prend en charge les autres symptômes.** » précise le **Pr Xavier Gamé**.

Aujourd'hui, quel que soit le type d'incontinence, les traitements permettent de conserver une vie sociale normale, sans devoir interrompre ses activités sportives, sans craindre les fous-rires, sans redouter les urgences mictionnelles incontrôlables et sans devoir porter au quotidien, des protections qui favorisent les odeurs, la macération, les irritations.

L'achat « anonyme » de protections semble parfois plus facile que d'aborder le sujet avec son médecin. Et pourtant, il est essentiel de consulter, car rappelle le **Pr Gamé** : « *seul.e, l'incontinence ne guérit pas* ». Et plus on traite tôt, plus le résultat est satisfaisant.

- **Zoom** : Une étude réalisée en 2007<sup>2</sup> par le réseau Sentinelle de l'Inserm en partenariat avec l'AFU et l'université Pierre et Marie Curie (UPMC) a montré que 60 % des femmes présentant une incontinence urinaire n'en avaient jamais parlé à leur médecin, privilégiant le port de protections. Parmi elles 48,3 % étaient obligées de se garnir quotidiennement. Treize ans plus tard, et malgré les campagnes récurrentes et les progrès de la médecine, le tabou de l'incontinence n'est toujours pas levé. Une étude récente publiée dans *Obstetrics and gynecology*<sup>3</sup> a montré que parmi les femmes en périménopause présentant des symptômes d'incontinence près d'un tiers n'en avaient jamais parlé à leur médecin. D'autres études européennes confirment ces données.

#### **Cystite et incontinence.**

*Lorsqu'une cystite survient, elle peut entraîner une incontinence. Il suffit en général de traiter la cystite et les fuites urinaires disparaissent. Mais les cystites à répétition sont-elles des facteurs d'incontinence ? Le sujet est en discussion. Depuis 2014 on sait qu'un microbiote est hébergé dans la vessie. Deux études récentes suggèrent que la modification du microbiote urinaire pourrait augmenter le risque d'incontinence par urgenturie. En fonction des bactéries présentes dans la vessie, ces incontinenances seraient plus ou moins sévères. Des études sont nécessaires pour confirmer ces résultats.*

#### **Semaine de la continence 2020, un dispositif enrichi**

« *Après plusieurs années ou la semaine de la continence s'est essentiellement déroulée sur les réseaux sociaux, pour cette année, nous avons décidé d'aller encore plus loin. Le site grand public [www.urologie-sante.fr](http://www.urologie-sante.fr) sera enrichi de document, d'infographie et de vidéo d'expert, un dispositif spécial de sensibilisation sera mis en place sur Facebook et relayer via Twitter.* » précise le **Dr Richard Mallet**, Vice-Président de l'Association Française d'Urologie, avant de conclure : « *Mais surtout, nous revenons au plus près des patient.e.s en proposant l'ensemble des services d'urologie, d'inciter au dialogue patient.e – professionnel de santé et donc de libérer la parole sur l'incontinence en apposant une affiche dans leur salle d'attente* ».



#### **À propos de l'AFU**

L'Association Française d'Urologie est une société savante représentant plus de 90 % des urologues exerçant en France (soit 1 133 médecins). Médecin et chirurgien, l'urologue prend en charge l'ensemble des pathologies touchant l'appareil urinaire de la femme et de l'homme (cancérologie, incontinence urinaire, troubles mictionnels, calculs urinaires, insuffisance rénale et greffe), ainsi que celles touchant l'appareil génital de l'homme. L'AFU est un acteur de la recherche et de l'évaluation en urologie. Elle diffuse les bonnes pratiques aux urologues afin d'apporter les meilleurs soins aux patients, notamment via son site internet [urofrance.org](http://urofrance.org) et un site dédié aux patients [urologie-sante.fr](http://urologie-sante.fr).

<sup>2</sup><https://www.urofrance.org/fileadmin/medias/semaine-contenance/2012/dossier-presse.pdf>

<sup>3</sup>[https://www.vidal.fr/actualites/19417/incontinence\\_urinaire\\_pourquoi\\_30\\_des\\_femmes\\_affectees\\_ne\\_demandent\\_pas\\_de\\_traitement/](https://www.vidal.fr/actualites/19417/incontinence_urinaire_pourquoi_30_des_femmes_affectees_ne_demandent_pas_de_traitement/)