

Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort de la femme adulte. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)*

Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence. Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF)

X. Fritel · A. Fauconnier · G. Bader · M. Cosson · P. Debodinance · X. Deffieux · P. Denys · P. Dompeyre · D. Faltin · B. Fatton · F. Haab · J.-F. Hermieux · J. Kerdraon · P. Mares · G. Mellier · N. Michel-Laaengh · C. Nadeau · G. Robain · R. de Tayrac · B. Jacquetin

Reçu le 1 mai 2010 ; accepté le 4 mai 2010
© Springer-Verlag France 2010

Résumé Chez la femme, l'incontinence urinaire est une affection fréquente qui peut être handicapante et coûteuse (NP1). Chez la patiente qui consulte pour incontinence

urinaire, il est recommandé de préciser les circonstances, la fréquence et la sévérité des fuites (grade B). Le test à la toux est recommandé avant la chirurgie (grade C). Il n'est pas

X. Fritel (✉) · C. Nadeau
Service de gynécologie-obstétrique et de médecine de la reproduction, CHU Jean-Bernard, F-86021 Poitiers cedex, France
e-mail : fritel.xavier@orange.fr

A. Fauconnier · G. Bader · P. Dompeyre
Service de gynécologie-obstétrique, CHI de Poissy-Saint-Germain, F-78103 Poissy, France

M. Cosson
Service de gynécologie, hôpital Jeanne-de-Flandre, F-59037 Lille cedex, France

P. Debodinance
Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de Dunkerque, F-59760 Grande-Synthe, France

X. Deffieux
Service de gynécologie-obstétrique et de médecine de la reproduction, hôpital Antoine-Béclère, AP-HP, F-92140 Clamart, France

P. Denys
Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, F-92380 Garches, France

D. Faltin
Département de gynécologie-obstétrique, centre de périnéologie Dianuro, hôpitaux universitaires de Genève, CH-1227 Carouge, Suisse

B. Fatton · B. Jacquetin
Service de gynécologie-obstétrique, CHU d'Estaing, F-67000 Clermont-Ferrand, France

F. Haab
Service d'urologie, hôpital Tenon, AP-HP, F-75020 Paris, France

J.-F. Hermieux
Service d'urologie, hôpital Bichat-Claude-Bernard, AP-HP, F-75018 Paris, France

J. Kerdraon
Centre mutualiste de Kerpape, F-56275 Ploemeur cedex, France

P. Mares · R. de Tayrac
Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier Carémeau, F-30900 Nîmes, France

G. Mellier
Service de gynécologie, hôpital Femme-Mère-Enfant HCL, F-69677 Bron, France

N. Michel-Laaengh
Médecine gériatrique, hôpital gériatrique Frédéric-Dugoujon HCL, F-69300 Caluire, France

G. Robain
Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Charles-Foix, AP-HP, F-94200 Ivry-sur-Seine, France

*Cet article a déjà été publié : CNGOF (2009) Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte, texte des recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod 38:S248-S51

Public/Intérêt : Chercheurs/Moyen. Cliniciens/Indispensable. Enseignants/Indispensable. Étudiants/Indispensable. Autres professions de santé/Indispensable. Cadres santé publique/Indispensable.

utile de prescrire un bilan urodynamique avant rééducation périnéale pour incontinence urinaire chez la femme (grade B). Un bilan urodynamique complet est recommandé avant une chirurgie pour incontinence urinaire (grade C). En cas d'incontinence urinaire d'effort (IUE) isolée, le bilan urodynamique n'est pas indispensable avant la chirurgie si l'évaluation clinique est complète (questionnaire standardisé, test à la toux, catalogue mictionnel, résidu postmictionnel) et concordante (AP). Il est recommandé de débiter le traitement de l'IUE par des exercices musculaires du plancher pelvien (grade C). La rééducation comportementale est recommandée de première intention en cas de syndrome d'hyperactivité vésicale (grade C). En cas de surpoids, la perte de poids améliore l'incontinence urinaire (NP1). Pour la chirurgie de l'IUE de la femme, la bandelette sous-urétrale (voie rétropubienne ou transobturatrice) est la technique recommandée de première intention (grade B). La chirurgie par bandelette sous-urétrale comporte des risques opératoires, postopératoires et d'échec qui doivent faire l'objet d'une information préalable (grade A). La césarienne programmée et l'épisiotomie systématique ne sont pas des méthodes de prévention de l'incontinence urinaire (grade B). La rééducation périnéale par exercice musculaire du plancher pelvien est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré- et postnatale (grade A). Avant toute décision thérapeutique chez la femme âgée, il est recommandé de réaliser une bandelette de dépistage de l'infection urinaire, un catalogue mictionnel et une mesure du résidu postmictionnel (grade C). Il est recommandé de réaliser un test à la toux et la recherche d'une incontinence masquée avant la chirurgie du prolapsus génital (grade C). Il est conseillé de réaliser un bilan urodynamique avant la chirurgie du prolapsus génital quand il existe une symptomatologie urinaire ou une incontinence urinaire masquée (grade C).

Mots clés Incontinence urinaire d'effort · Prolapsus génital · Bilan urodynamique · Rééducation périnéale · Bandelette sous-urétrale

Abstract Urinary incontinence is a frequent affliction in women and may be disabling and costly (LE1). When consulting for urinary incontinence, it is recommended that circumstances, frequency and severity of leaks be specified (grade B). The cough test is recommended prior to surgery (grade C). Urodynamic investigations are not needed before lower urinary tract rehabilitation (grade B). A complete urodynamic investigation is recommended prior to surgery for urinary incontinence (grade C). In case of pure stress urinary incontinence, urodynamic investigations are not essential prior to surgery, provided the clinical assessment is fully comprehensive (standardised questionnaire, cough test, bladder diary, postvoid residual volume) with concordant

results (PC). It is recommended to start treatment for stress incontinence with pelvic floor muscle training (grade C). Bladder training is recommended at first intention in cases with overactive bladder syndrome (grade C). For overweight patients, loss of weight improves stress incontinence (LE1). For surgery, suburethral tape (retropubic or transobturator route) is the first-line, recommended technique (grade B). Suburethral tape surgery involves intraoperative risks, postoperative risks and a risk of failure, which must be the subject of prior information (grade A). Elective caesarean section and systematic episiotomy are not recommended methods of prevention for urinary incontinence (grade B). Pelvic floor muscle training is the treatment of first intention for pre- and postnatal urinary incontinence (grade A). Prior to any treatment for an elderly woman, it is recommended to screen for urinary infection using a test strip, ask for a bladder diary and measure postvoid residual volume (grade C). It is recommended to carry out a cough test and look for occult incontinence prior to surgery for pelvic organ prolapse (grade C). It is recommended to carry out urodynamic investigations prior to pelvic organ prolapse surgery when there are urinary symptoms or occult urinary incontinence (grade C).

Keywords Stress urinary incontinence · Pelvic organ prolapse · Urodynamic investigation · Pelvic floor muscle training · Sub-urethral tape

Introduction

Le développement accéléré des techniques médicales et la profusion des publications scientifiques font que, pour le clinicien, il est difficile de tout assimiler et d'en faire la synthèse. Par exemple, pour l'année 2009, 274 articles référencés dans PubMed sont parus dans le domaine de la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) de la femme. Une des conséquences est le risque de grandes variations dans les pratiques dont certaines peuvent être inutiles, voire inappropriées.

L'incontinence urinaire de la femme est une pathologie fréquente, handicapante et coûteuse. Au cours des dix dernières années, son traitement chirurgical a été transformé par l'arrivée d'une technique nouvelle à ventre fermé. Plusieurs sociétés savantes ou institutions ont déjà développé des recommandations sur le sujet, dont l'International Consultation on Incontinence, l'International Continence Society, l'International Urogynecological Association, l'American College of Obstetricians and Gynecologists, la Société des gynécologues et obstétriciens du Canada, l'European Urologic Association, l'Association française d'urologie, le National Institute for Clinical Excellence et le National Institute of Health. La démarche du Collège des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) se veut complémentaire de ces travaux antérieurs. Nous avons pour cela choisi

la méthode des recommandations pour la pratique clinique (RPC) définie par la Haute autorité de santé (HAS) et limité notre sujet à la femme adulte indemne d'affection neurologique et, quand cela était approprié, à l'IUE [1].

Méthode

Le promoteur (le CNGOF) a désigné un comité d'organisation multidisciplinaire chargé de définir les questions précises à poser aux experts rédacteurs, de choisir ceux-ci, de suivre leurs travaux et d'élaborer la synthèse de recommandations issues de ces travaux. Les questions portaient sur les facteurs de risque et les conséquences de l'incontinence urinaire de la femme, le diagnostic et l'évaluation clinique, l'examen urodynamique, le traitement conservateur, le traitement chirurgical, les complications de la chirurgie par bandelette sous-urétrale, l'incontinence urinaire de la grossesse et du post-partum, la femme âgée et l'association prolapsus génital-incontinence urinaire.

Les experts ont effectué une analyse de la littérature scientifique existante sur le sujet pour répondre aux questions posées. Pour chaque question posée, la synthèse des données scientifiques valides était assortie d'un niveau de preuve établi en fonction de la qualité des données disponibles en utilisant la grille de lecture définie par la HAS (NP1 : essais comparatifs randomisés de forte puissance, méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; NP2 : essai randomisé de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, étude de cohorte ; NP3 : études cas-témoins ; NP4 : études comparatives non randomisées avec biais importants, études rétrospectives, études transversales, séries de cas). Pour les questions de prévalence, diagnostic et pronostic, les niveaux de preuve ont été déterminés en fonction des grilles proposées par le Centre for Evidence Based Medicine de l'université d'Oxford (www.cebm.net). La synthèse des recommandations a été élaborée par le comité d'organisation à partir des réponses apportées par les experts rédacteurs. Chacune des recommandations de pratiques a été assortie d'un grade qui est non seulement fonction du niveau de preuve, mais également de la faisabilité et des enjeux éthiques. Un grade A représente la preuve scientifique établie ; un grade B représente la présomption scientifique ; un grade C s'appuie sur un faible niveau de preuve, généralement fondé sur des NP3 ou NP4. En l'absence de preuve scientifique concluante, certaines pratiques ont néanmoins été recommandées en se basant sur l'accord de l'ensemble des membres du groupe de travail (AP pour accord professionnel). Les AP ont été limités au strict minimum.

L'ensemble des textes ainsi que la synthèse des recommandations ont été relus par des lecteurs externes, praticiens issus des différentes spécialités concernées, et de pratiques diverses

(publique, privée, universitaire ou non universitaire). À l'issue de ces relectures, des modifications ont été effectuées. Les méthodes, les textes des experts rédacteurs, la synthèse des recommandations ainsi que l'introduction du président Bernard Jacquetin ont déjà fait l'objet d'une publication dans un numéro spécial de la revue du CNGOF [2–13].

Synthèse des recommandations

Le terme incontinence urinaire désigne la plainte de fuites involontaires d'urine. Chez la femme adulte, l'incontinence urinaire est une affection fréquente qui peut être handicapante et coûteuse (NP1). Les principaux types sont l'IUE, l'incontinence par urgenturie et l'incontinence mixte. L'IUE est la plainte de fuites urinaires lors d'activités physiques de la toux ou de l'éternuement. L'incontinence urinaire par impériosités (ou urgenturie) est la plainte de fuite urinaire involontaire, précédée ou accompagnée d'urgence mictionnelle. L'incontinence urinaire mixte est l'association en proportion variable d'une IUE et d'une incontinence urinaire par urgenturie. Il n'existe pas toujours de correspondance entre les symptômes urinaires et les mécanismes physiopathologiques.

Évaluation de l'incontinence urinaire féminine

Évaluation clinique de l'incontinence urinaire féminine

Un questionnaire de symptômes urinaires, le catalogue mictionnel, un questionnaire de qualité de vie, le pad-test (pesée de la protection) sont des méthodes qui permettent d'évaluer la sévérité de l'incontinence urinaire (NP2). Le catalogue mictionnel réalisé sur trois jours permet d'évaluer la fréquence et le volume mictionnel ainsi que la fréquence des fuites (NP2).

Chez une patiente qui consulte pour une incontinence urinaire, il est recommandé de préciser les circonstances, la fréquence et la sévérité des fuites urinaires (grade B). Des questionnaires en langue française existent pour évaluer les circonstances des fuites, la sévérité et le retentissement de l'incontinence urinaire. En cas de symptômes d'urgenturie, nycturie ou pollakiurie, il est recommandé d'utiliser un catalogue mictionnel (grade C).

Le test à la toux permet d'objectiver l'IUE. Ce test clinique simple est fiable et reproductible (NP4). La positivité du test à la toux à vessie peu remplie, en position allongée, est en faveur du diagnostic d'insuffisance sphinctérienne (NP4).

Le test à la toux est recommandé pour objectiver l'IUE avant la chirurgie (grade C). En cas de négativité du test à la toux, il est recommandé de vérifier le volume vésical

et de répéter le test, en particulier, en position debout (grade C).

Les méthodes cliniques proposées pour évaluer la mobilité urétrale sont l'observation, la mesure du point Aa du POP-Q, les manœuvres de soutènement et le Q-tip test. Les manœuvres de soutènement (sous-urétrales et sous-cervicales) ne sont pas suffisamment évaluées pour déterminer le pronostic chirurgical. Le Q-tip test est reproductible (NP4). Cependant, le Q-tip test n'est pas bien corrélé à la mobilité urétrale mesurée par échographie ou urétrocystographie (NP3). Une faible mobilité urétrale mesurée par le Q-tip test ou l'urétrocystographie est associée à plus d'échecs pour les bandelettes sous-urétrales (NP3). La descente du point Aa de la classification internationale des prolapsus (POP-Q) n'est pas une méthode fiable pour quantifier l'hypermobilité cervico-urétrale et n'est pas corrélée au diagnostic d'IUE (NP3).

Il est recommandé d'évaluer la mobilité urétrale avant la chirurgie de l'incontinence urinaire (grade C). La meilleure méthode pour évaluer la mobilité urétrale n'est pas encore déterminée.

Une évaluation clinique complète de l'IUE (fuites urinaires à la toux, au rire ou à l'effort à l'interrogatoire, test à la toux positif, résidu postmictionnel inférieur à 50 ml, capacité vésicale fonctionnelle supérieure à 400 ml au catalogue mictionnel) est bien corrélée au bilan urodynamique (NP3).

Bilan urodynamique

La réalisation d'un bilan urodynamique n'est pas associée à de meilleurs résultats dans le traitement conservateur de l'incontinence urinaire de la femme (NP2). Il n'est pas utile de prescrire un bilan urodynamique avant de proposer un traitement par rééducation périnéale pour l'incontinence urinaire de la femme (grade B).

La chirurgie par bandelette sous-urétrale de l'incontinence urinaire mixte (avec une composante d'effort prédominante) sans contraction non inhibée du détrusor sur le bilan urodynamique conduit à des résultats proches de ceux observés dans l'IUE pure (NP3). Une incontinence urinaire mixte avec urgenturies prédominantes ou la présence de contractions détrusoriennes sur la cystomanométrie réduisent les taux de succès de la bandelette sous-urétrale (NP3). L'insuffisance sphinctérienne évaluée sur le bilan urodynamique n'est pas un élément pronostique déterminant du résultat de la pose de la bandelette sous-urétrale (NP3). Un faible débit urinaire préopératoire est associé à un risque de dysurie postopératoire après bandelette sous-urétrale (NP3). Le bilan urodynamique ne sait pas prévoir l'urgenturie postopératoire (NP3).

Un bilan urodynamique complet est recommandé avant toute décision de procédure chirurgicale pour l'incontinence urinaire (grade C). Le bilan urodynamique est notamment

recommandé en cas d'échec chirurgical antérieur (AP). En cas d'IUE isolée, le bilan urodynamique n'est pas indispensable avant chirurgie si l'évaluation clinique est complète (questionnaire standardisé, test à la toux, catalogue mictionnel, détermination du résidu postmictionnel) et concordante (AP). Quand le bilan urodynamique est réalisé pour une incontinence urinaire chez la femme adulte non neurologique, il comporte une débitmétrie libre avec mesure du résidu postmictionnel, une cystomanométrie suivie de la mesure de la contraction vésicale mictionnelle, un profil urétral avec mesure de la pression de clôture (PCMU) et de la pression de fuite (VLPP) [grade C].

Traitement de l'IUE de la femme

Traitement conservateur de l'IUE de la femme

Le traitement conservateur de l'IUE de la femme adulte comprend la rééducation périnéale, les mesures hygiénodietétiques et le traitement médicamenteux.

Traitement de l'IUE de la femme par la rééducation périnéale

La rééducation comportementale est efficace dans le traitement de l'incontinence urinaire de la femme quand il existe une composante d'urgenturie (NP1). Les exercices musculaires du plancher pelvien font mieux que l'absence de traitement pour l'incontinence urinaire de la femme (NP1).

Il est recommandé de débiter le traitement de l'IUE ou de l'incontinence urinaire mixte par une rééducation périnéale comportant des exercices musculaires du plancher pelvien (grade C). La rééducation comportementale est recommandée de première intention en cas de symptômes d'urgenturie prédominants (grade C).

Le résultat de l'électrostimulation vaginale dans l'IUE chez la femme semble d'effet limité et moins important que la rééducation par exercice musculaire du plancher pelvien (NP2).

Traitement de l'IUE de la femme par les estrogènes

L'administration des estrogènes montre des résultats inhomogènes et contradictoires sur la continence urinaire. Les études de faible puissance portant sur des durées de suivi courtes ont montré une impression d'amélioration des fuites, ce qui n'a pas été confirmé dans de larges études de suivi portant sur des populations de femmes incontinentes ou non symptomatiques (NP1). Les études actuelles ne permettent donc pas d'établir un mode d'administration, une dose et un type d'estrogène optimal dans la prévention ou le traitement de l'incontinence.

Les bénéfices de l'estrogénothérapie per os seule ou associée à de la progestérone ne sont pas établis dans la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme ménopausée (NP2). Le traitement estrogénique par voie vaginale améliore l'urgenterie et la pollakiurie (NP2). Le traitement par estrogènes par voie orale n'est pas recommandé pour traiter ou prévenir l'IUE de la femme (grade B). Le traitement estrogénique par voie vaginale peut être utilisé chez la femme ménopausée pour améliorer l'urgenterie ou la pollakiurie (grade B).

Traitement de l'IUE de la femme par la duloxétine

La duloxétine est significativement supérieure au placebo dans l'amélioration de la qualité de vie et dans la perception d'une amélioration (NP1). Les études de cas montrent une réduction significative du nombre d'épisodes de fuites d'environ 50 % durant la période de traitement (NP3). Cependant, sur les données objectives, une méta-analyse du pad-test à l'effort et du pad-test sur 24 heures ne montre pas une supériorité de la duloxétine sur le placebo (NP1). Le maintien du bénéfice lors d'un traitement prolongé n'est pas prouvé, de même que le maintien de l'efficacité à l'arrêt du traitement.

La place du traitement de l'IUE de la femme par la duloxétine n'est pas connue, ce traitement n'est pas recommandé en première intention (grade B).

Traitement de l'IUE de la femme par les mesures hygiéno-diététiques

En cas de surpoids, la perte de poids améliore l'incontinence urinaire {NP1}. Il est recommandé de peser toute patiente consultant pour incontinence urinaire et de proposer, en cas de surpoids, une prise en charge associant des mesures diététiques et de l'exercice physique (grade A).

Traitement chirurgical de première intention de l'IUE de la femme

Parmi les nombreuses techniques chirurgicales décrites pour traiter l'IUE de la femme, les techniques actuelles sont les bandelettes sous-urétrales (TVT, TOT) et les colposuspensions rétropubiennes (intervention de Burch par laparotomie ou cœlioscopie). Les techniques de bandelette sous-urétrale et la colposuspension de Burch par laparotomie donnent des résultats comparables sur la continence urinaire (NP1). La colposuspension par cœlioscopie donne des résultats objectifs sur l'incontinence urinaire légèrement inférieurs à la bandelette sous-urétrale, alors que le résultat subjectif est comparable (NP1). Les suites opératoires sont plus simples et plus courtes, et le coût inférieur avec les bandelettes sous-

urétrales comparées à la colposuspension de Burch par laparotomie ou cœlioscopie (NP1).

Pour les bandelettes sous-urétrales, les voies rétropubiennes de bas en haut et de haut en bas donnent des résultats similaires (NP2). La voie rétropubienne ascendante donne de meilleurs résultats sur la continence que la voie transobturatrice en cas d'insuffisance sphinctérienne (NP2). La voie prépubienne est moins efficace sur l'incontinence urinaire et expose à plus de complications que les autres voies (NP2). Les voies transobturatrices de dedans en dehors et de dehors en dedans donnent des résultats similaires (NP2). En l'absence d'étude comparative, il n'est pas possible de déterminer la place des minibandelettes pour traiter l'incontinence urinaire de la femme.

Pour la chirurgie de l'IUE de la femme, la bandelette sous-urétrale (voie rétropubienne ou transobturatrice) est la technique recommandée de première intention en raison des suites opératoires plus simples et plus courtes que la colposuspension de Burch (grade B). L'insuffisance sphinctérienne n'est pas une contre-indication à la chirurgie par bandelette sous-urétrale (grade B). Pour les bandelettes sous-urétrales, les voies rétropubienne et transobturatrice ont chacune des qualités. Il n'est pas possible de recommander une voie d'abord préférentielle (grade B). Les techniques de bandelettes sous-urétrales modifiées (minibandelettes par exemple) doivent être évaluées par des essais cliniques comparatifs avant d'être utilisées en pratique (AP). Il est conseillé aux chirurgiens d'utiliser des matériaux implantables respectant la norme Afnor S94-801, garant de la réalisation d'études précliniques et cliniques avant commercialisation (AP).

La pose de bandelette sous-urétrale peut être réalisée sous anesthésie locale, locorégionale ou générale (NP1). La pose de bandelette sous-urétrale peut être effectuée en ambulatoire ou en hospitalisation traditionnelle en fonction des choix de la patiente et du chirurgien (grade C).

La chirurgie par bandelette sous-urétrale comporte des risques opératoires, des risques postopératoires et un risque d'échec qui doivent faire l'objet d'une information préalable de la femme (grade A). Certains risques comme l'érosion sont spécifiques à l'utilisation d'un matériel non résorbable. Le CNGOF propose une fiche d'information destinée aux patientes qui vont bénéficier d'une chirurgie de l'IUE. Les principales complications peropératoires des bandelettes sous-urétrales (en termes de fréquence ou de sévérité) sont les plaies urinaires, vaginales et digestives. Les plaies vésicales sont moins fréquentes avec la voie transobturatrice qu'avec la voie rétropubienne (NP1). Pour la voie transobturatrice, le risque de perforation vaginale est plus élevé avec le passage de dehors en dedans par rapport au passage de dedans en dehors (NP2). Les principales complications postopératoires des bandelettes sous-urétrales sont la rétention vésicale, l'infection urinaire, l'urgenterie, la douleur, l'érosion vaginale, vésicale ou urétrale. La voie transobturatrice est plus

pourvoyeuse d'érosion vaginale que la voie rétropubienne (NP1). En postopératoire, il est recommandé d'apprécier la qualité des mictions pour dépister la rétention vésicale (grade C).

Circonstances particulières

Incontinence urinaire de la grossesse et du post-partum

La prévalence des symptômes d'incontinence urinaire augmente au cours de la grossesse (entre le premier et le troisième trimestre) puis diminue spontanément dans les trois premiers mois du post-partum. Cela est vrai pour l'IUE et pour l'incontinence urinaire par urgenturie (NP1). L'existence d'une incontinence urinaire avant une grossesse ou la survenue d'une incontinence urinaire en cours de grossesse est un facteur de risque de voir persister ou apparaître une incontinence urinaire à trois mois du post-partum et à distance (NP1).

Les modalités de l'accouchement vaginal (position pendant l'accouchement, durée du travail, durée de la seconde phase, extraction instrumentale, épisiotomie, anesthésie péridurale ou pudendale) n'ont pas d'impact sur l'apparition ou la persistance d'une incontinence urinaire dans le post-partum ou à long terme (NP2). À court terme, l'accouchement par césarienne est associé à une moindre prévalence et à une moindre incidence de l'incontinence urinaire postnatale (NP2). À plus long terme, les données sont insuffisantes pour conclure (NP2). La réalisation d'une césarienne programmée, systématique en cas de présentation du siège à terme, ne diminue pas le risque d'IUE à deux ans de l'accouchement (NP2).

Chez les femmes enceintes ayant déjà été opérées avec mise en place d'une bandelette sous-urétrale, la fréquence de l'incontinence urinaire postnatale n'est pas significativement diminuée si une césarienne est pratiquée (NP4).

En cas d'incontinence urinaire de la femme enceinte et du post-partum immédiat, la réalisation d'examens spécialisés n'est pas recommandée (grade B). La césarienne programmée et l'épisiotomie systématique ne sont pas des méthodes de prévention recommandées de l'incontinence urinaire postnatale, y compris chez les femmes à risque (grade B).

Une rééducation périnéale postnatale, comprenant des exercices de contraction volontaire du plancher pelvien sous la direction d'un thérapeute (rééducateur ou sage-femme), diminue la prévalence d'incontinence urinaire à court terme (un an du post-partum) par rapport aux simples conseils d'exercices périnéaux individuels (NP1). En revanche, l'efficacité de cette rééducation du post-partum sur le long terme n'est pas démontrée (NP2).

La rééducation périnéale prescrite en cours de grossesse améliore l'incontinence urinaire de la grossesse (NP1), diminue la fréquence de l'incontinence urinaire à trois mois du

post-partum (NP1) ; en revanche, elle ne semble pas apporter de bénéfice à plus long terme (NP2).

La rééducation périnéale par exercice musculaire du plancher pelvien est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré- et postnatale (grade A). La rééducation périnéale préventive n'est pas recommandée (grade C). Les autres traitements médicaux ou chirurgicaux ne doivent pas être proposés de première intention au cours de la grossesse ou dans le post-partum immédiat (grade C).

Incontinence urinaire de la femme âgée

La démarche diagnostique et thérapeutique pour l'incontinence urinaire de la femme âgée prend en compte les modifications du bas appareil urinaire avec l'âge et la fragilité de la personne âgée. L'âge est un facteur de risque indépendant d'incontinence urinaire (NP3). La prévalence de l'urgenturie augmente avec l'âge. Le type prédominant d'incontinence urinaire chez la femme âgée est l'incontinence urinaire mixte (NP1). Le nombre de mictions nocturnes augmente avec l'âge chez la femme, cela s'explique en partie par une augmentation de la diurèse nocturne (NP3). L'existence d'un résidu postmictionnel est également plus fréquente (NP3). La non-faisabilité du catalogue mictionnel donne une indication sur les difficultés prévisibles, voire l'impossibilité de prise en charge (NP4).

Avant toute décision thérapeutique chez la femme âgée, il est recommandé de réaliser une bandelette de dépistage de l'infection urinaire, un catalogue mictionnel et une mesure de résidu postmictionnel (grade C).

L'incontinence urinaire de la femme âgée peut être transitoire, favorisée par des facteurs déclenchants modifiables comme un syndrome confusionnel, un facteur psychologique, une polymédication, un excès de diurèse, une réduction de la mobilité ou une constipation terminale (NP2). Il est recommandé de rechercher, et si possible, de corriger ces facteurs déclenchants de l'incontinence urinaire chez la femme âgée (grade B).

La persistance d'une incontinence urinaire de novo chez la femme âgée malgré correction des facteurs déclenchants et prise en charge réadaptative est un marqueur de fragilité (NP2). Il est recommandé de faire appel au gériatre quand une fragilité est repérée (grade C). 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 activités de la vie quotidienne et l'isolement social.

Les possibilités thérapeutiques pour l'incontinence urinaire sont identiques à la personne jeune lorsqu'aucune fragilité n'est repérée. Pour les femmes âgées fragiles et

dépendantes, le traitement comportemental à l'aide du catalogue mictionnel donne des résultats modestes sur l'incontinence diurne mais intéressants par leur innocuité (NP4). Les femmes âgées lourdement dépendantes, au plan cognitif et/ou physique, bénéficient d'une prise en charge de nursing : mictions programmées, mobilisation et activité physique, utilisation de palliatifs adaptés, régulation du transit (NP4). L'efficacité des anticholinergiques sur l'urgenterie ou l'incontinence urinaire mixte est établie dans la population des femmes de plus de 65 ans (NP3). Chez la femme âgée fragile, l'oxybutinine est moins efficace sur l'incontinence par urgence ou sur l'incontinence mixte à urgence prédominante (NP3). La sévérité de l'incontinence, l'hyposensibilité vésicale, le déclin cognitif sont des facteurs réduisant la réponse au traitement (NP2). Les anticholinergiques peuvent induire, chez les patients âgés préalablement indemnes, des altérations cognitives (NP2). L'association d'anticholinergiques avec des anticholinestérasiques, traitement de la maladie d'Alzheimer, n'est pas recommandée.

Chez la femme âgée, la prescription d'un anticholinergique doit s'accompagner d'une surveillance de l'apparition d'une altération des fonctions supérieures, d'une constipation, d'une rétention urinaire ou d'une restriction alimentaire (grade C).

La desmopressine a une efficacité modeste sur la nycturie et l'incontinence nocturne chez la femme âgée incontinente et dépendante (NP3). Elle est souvent responsable d'hyponatrémie chez la personne âgée (NP3). Elle n'a pas d'AMM au-delà de 65 ans dans cette indication.

Association incontinence urinaire et prolapsus génital

Le prolapsus génital peut s'accompagner d'une IUE, d'une incontinence urinaire par urgence et de symptômes urinaires obstructifs. Les symptômes d'urgenterie ou d'obstruction disparaissent dans la moitié des cas quand le prolapsus est corrigé (NP2). Un prolapsus peut masquer une IUE dans une proportion variant de 20 à 70 % des cas selon les études (NP3). Chez la femme présentant un prolapsus génital sans symptômes d'IUE, le refoulement par pessaire démasque moins d'IUE que le refoulement par spéculum (NP1). Le test au pessaire a été aussi proposé pour prévoir le résultat de la chirurgie du prolapsus sur les symptômes urinaires. Dans cette utilisation, la valeur prédictive du test au pessaire reste incertaine (NP3), son utilisation systématique n'est pas recommandée (grade C). Le test à la toux et la recherche d'une IUE masquée permettent d'identifier les patientes qui pourraient bénéficier d'un geste urinaire associé en cas de chirurgie du prolapsus génital (NP4). Il est recommandé de réaliser un test à la toux et la recherche d'une IUE masquée avant la chirurgie du prolapsus génital (grade C). Le bilan urodynamique préopératoire a une valeur prédictive pour le risque postopératoire d'urgenterie ou de rétention vésicale en cas de chirurgie du prolapsus génital (NP4). Il est

conseillé de réaliser un bilan urodynamique avant la chirurgie du prolapsus génital quand il existe une symptomatologie urinaire ou une incontinence urinaire masquée (grade C).

Dans le cadre de la chirurgie du prolapsus génital par promontofixation chez la femme sans IUE, la réalisation conjointe d'une colposuspension de Burch réduit le risque d'IUE postopératoire (NP1). Chez les femmes présentant une IUE masquée, l'association d'une bandelette sous-urétrale à la chirurgie du prolapsus par voie vaginale réduit significativement le taux d'IUE postopératoire (NP2). Une chirurgie pour prolapsus génital, réalisée conjointement à une bandelette sous-urétrale, n'altère pas le taux de guérison de l'IUE (NP2).

En l'absence d'IUE symptomatique ou masquée, il n'y a pas d'indication à un geste chirurgical préventif sur la continence (grade C). Dans le cadre de la chirurgie combinée du prolapsus génital et de l'IUE, la colposuspension de Burch ou la bandelette sous-urétrale sont les deux techniques chirurgicales recommandées (grade C). En cas de chirurgie du prolapsus génital chez une femme présentant également une IUE symptomatique ou masquée, la décision d'un geste chirurgical associé sur la continence doit se faire en fonction de la sévérité de l'IUE, des facteurs de risque, de la technique choisie et des effets indésirables attendus (AP).

Remerciements aux relecteurs Gérard Amarenco, Malik Boukerrou, Sophie Conquy, Emmanuel Delorme, Olivier Dupuis, Claire Grosshans, Ameth Guèye, Cyrille Huchon, Yveline Liou, Élisabeth Marit-Ducamp, Loïc Marpeau, Margot Masanovic, André Nazac, Éric Orvain, Fabrice Pierre, Alain Pigné, Loïc Sentillhes, Fabrice Sergent, Joëlle Souffir, Guy Valancogne.

Conflit d'intérêt : le CNGOF a pris en charge les frais de déplacement des auteurs pour les réunions de travail qui ont abouti à cette synthèse.

Références

1. HAS. Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_431294/les-recommandations-pour-la-pratique-clinique-base-methodologique-pour-leur-realisation-en-france
2. Jacquetin B (2009) Introduction au diagnostic et à la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S132–S4
3. Fauconnier A, Fritel X (2009) Méthodes et organisation. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S135–S40
4. Faltin D (2009) Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S142–S8
5. De Tayrac R, Letouzey V, Triopon G, et al (2009) Diagnostic et évaluation clinique de l'incontinence urinaire féminine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S149–S61
6. Dompeyre P, Pizzoferrato AC (2009) Examen urodynamique et incontinence urinaire féminine non neurologique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S162–S9

7. Denys P, Kerdraon J (2009) Traitement conservateur de l'incontinence urinaire d'effort de la femme. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S170–S177
8. Debodinance P, Hermieu JF, Lucot JP (2009) Traitement chirurgical de première intention de l'incontinence urinaire d'effort de la femme. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S178–S196
9. Bader G, Koskas M (2009) Complications des bandelettes sous-urétrales dans la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort féminine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S197–S207
10. Deffieux X (2009) Incontinence urinaire et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S208–S217
11. Michel-Laaengh N (2009) Incontinence urinaire de la femme âgée. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S228–S234
12. Fatton B, Nadeau C (2009) Incontinence urinaire et prolapsus génital. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S235–S247
13. CNGOF (2009) Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte, texte des recommandations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:S248–S251