

Quelle contribution les médecins de premier recours peuvent-ils apporter ?

Traitement de l'incontinence urinaire de la femme

Peer
Reviewed

En tant que médecin de famille, nous sommes souvent confrontés au problème de l'incontinence urinaire. Une anamnèse approfondie suivie d'un simple examen clinique permettent déjà de poser un diagnostic. Des thérapies conservatrices peuvent ainsi débiter.

Après avoir exclu une rétention, l'anamnèse et l'examen clinique nous mènent à un diagnostic de travail. Le généraliste peut sans problème commencer des thérapies conservatrices. Connaissant bien la situation familiale du patient ainsi que ses antécédents médicaux, le généraliste sera en mesure de situer le traitement de l'incontinence dans un contexte global.

Seule la souffrance de la patiente détermine la vitesse et les éventuelles accélérations du mode de thérapie.

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

L'incontinence à l'effort est provoquée par une anatomie modifiée qui, par conséquence, doit être corrigée.

Physiothérapie : La physiothérapie est la partie la plus importante du traitement conservateur de première ligne de l'IUE. Il est important d'orienter le patient vers une physiothérapie axée sur le plancher pelvien, offrant la rétroaction biologique et l'électrostimulation en plus de l'entraînement du plancher pelvien. Le site Internet de Pelvisuisse, l'association des physiothérapeutes spécialisés dans la rééducation du plancher pelvien, répertorie les femmes spécialistes. Nous pouvons nous attendre à une amélioration de la continence dans environ 50% des cas (1). Une approche physiothérapeutique a du sens particulièrement si la femme souhaite encore des enfants. La physiothérapie améliore les muscles du plancher pelvien. Cependant, elle ne peut pas guérir les déchirures musculaires ainsi que les déchirures du tissu conjonctif et les étirements excessifs.

Pessaires : Si la patiente souhaite encore des enfants et souffre d'incontinence d'effort, les pessaires sont un bon moyen de combler le temps jusqu'à l'intervention chirurgicale de l'incontinence. Les pessaires soutiennent la zone uréthro-vésicale aplatie. Grâce à un pessaire bien adapté, la patiente peut de nouveau jouer au tennis ou faire du jogging. Il existe des pessaires réutilisables en silicone souple ainsi que des pessaires jetables en mousse. L'IUE recommande généralement les pessaires en anneau ou les pessaires Dish. Le bouton positionné à l'arrière de la symphyse pubienne stabilise la vessie et augmente la résistance urétrale (fig. 1). Les pessaires jetables existent également en échantillons dans de différentes tailles (par exemple ReCaFEM®). Ils sont utilisés comme des tampons mais nécessitent d'être mouillés avant l'insertion. Si l'incontinence de la patiente est confirmée, cette dernière a droit à un remboursement défini par années pour du matériel d'incontinence.

Indication pour l'orientation vers un spécialiste : Si l'incontinence à l'effort est très gênante et les mesures conservatrices ne conduisent



Dr Gabriella Stocker
Zurich



Dr Ana Somaini
Zurich



Dr Daniel Passweg
Zurich

pas à une amélioration ou si la patiente souhaite une solution immédiate, il existe des techniques chirurgicales légères. En effet, les bandelettes sous-urétrales (p. ex. TVT™) sont une bonne solution. Ces techniques sont très efficaces et ont un succès durable (fig. 2) (2). Une planification familiale achevée est avantageuse.

Traitement de la vessie hyperactive (OAB)

L'anamnèse précisant les symptômes cardinaux urgenturie ainsi que l'exclusion de l'urine résiduelle suffit pour poser le diagnostic OAB et commencer une thérapie. La vessie hyperactive n'est traitée de manière invasive qu'en dernier recours. Le diagnostic OAB est un diagnostic d'exclusion. La fréquence de l'OAB augmente continuellement avec l'âge et les transitions entre les formes symptomatiques et idiopathiques de l'OAB sont fluides. C'est pour cette raison que les approches thérapeutiques tenant compte du comportement, de la trophicité des muqueuses ou des infections des voies urinaires sont les thérapies à préférer.

Une **bonne hydratation** en journée tout en la limitant le soir est une stratégie appropriée pour réduire le nombre de nycturies particulièrement pour les personnes âgées.

Modification du mode de vie : une perte de poids en cas de surpoids, une limitation des boissons tonifiant la vessie comme le café et le coca, la renonciation aux boissons gazeuses et à la consommation de tabac, ainsi qu'une activité physique modérée peuvent influencer positivement la continence. Elles constituent des recommandations importantes du traitement de première intention (3).

La physiothérapie joue également un rôle important dans le traitement de l'hyperactivité vésicale. D'une part, le renforcement des muscles du plancher pelvien permet de regagner le contrôle, d'autre part, la neurostimulation réduit l'hyperactivité du détrusor, même si son mécanisme n'est pas vraiment compris.

La privation d'œstrogènes pendant la ménopause entraîne l'atrophie, la vulnérabilité et la sensibilité des muqueuses. Par conséquent, des symptômes des voies urinaires inférieures comme la dysurie et l'envie fréquente d'uriner (4) peuvent apparaître.

L'application locale d'œstrogènes sous forme de crèmes, de comprimés vaginaux ou d'ovules contenant de l'estradiol (E2) ou de

l'estriol (E3) dans un traitement à long terme est une mesure simple et généralement très efficace. Des données efficaces sont disponibles pour la prophylaxie des infections récurrentes des voies urinaires. Pendant la ménopause, l'œstrogénisation locale réduit la fréquence des infections d'un facteur 10 (5) (tab. 1).

Il existe de bons **produits phytothérapeutiques** en vente libre. Par exemple, le monosaccharide D-mannose (Femannose® N, Hänseler D-Mannose) prévient les infections récurrentes des voies urinaires aussi efficacement que la prophylaxie antibiotique (6). Bryophyllum (comprimés à mâcher 50%) avec la posologie de 3 x 2 comprimés par jour peut être utilisé pour traiter l'hyperactivité vésicale (7).

La vessie hyperactive est une maladie qui apparaît avec l'âge. Les patientes fragiles ainsi que polymorbides sont souvent traitées par polymédication et les interactions médicamenteuses sont plus difficiles à contrôler, de sorte qu'il peut être logique de restreindre la liste des médicaments potentiellement aggravants plutôt que de l'élargir, comme par exemple, les diurétiques, β bloqueurs, les antagonistes du calcium, les AINS, les médicaments anti-parkinsoniens, psychotropes, les barbituriques ou les opiacés. Une insuffisance cardiaque ou un diabète sucré mal contrôlé peuvent aggraver les symptômes de l'hyperactivité vésicale.

Le traitement médicamenteux de l'OAB repose sur les **antimuscariniques** (tab. 2). Ils peuvent être combinés à d'autres mesures thérapeutiques conservatrices. Certains produits permettent l'accélération du dosage. Cependant, une utilisation raisonnée est nécessaire pour certaines patientes (voir ci-dessus) et les précautions doivent systématiquement être respectées. Les antimuscariniques réduisent légèrement le nombre de mictions et d'épisodes d'incontinence par jour par rapport au placebo. L'efficacité des différents antimuscariniques est similaire. Ils diffèrent principalement dans le profil de leurs effets secondaires. L'efficacité n'est pas sélective au niveau de la vessie et les effets indésirables fréquents sont causés par le blocage de l'innervation parasympathique d'autres organes. Des symptômes fréquents sont la sécheresse buccale, la constipation, la tachycardie, les troubles de l'accommodation, l'augmentation de la pression intraoculaire et les troubles cognitifs. Les effets secondaires peuvent entraîner une mauvaise observance du traitement. Comme les troubles mnésiques en tant qu'effet secondaire sont un problème, surtout chez les personnes âgées, les médicaments qui ne franchissent pas la barrière hémato-encéphalique, comme le chlorure de trospium amine quaternaire (Spasmo-Urgenin® Neo ou Spasmex®), sont particulièrement utiles dans ces cas.

Les **agonistes des récepteurs β_3 -adrénergiques** induisent le relâchement du muscle lisse de la vessie en stimulant sélectivement des récepteurs bêta 3-adrénergiques. Ils n'ont pas d'effets antimuscariniques (fig. 3). Une hypertension artérielle mal contrôlée est une contre-indication. La tension artérielle doit

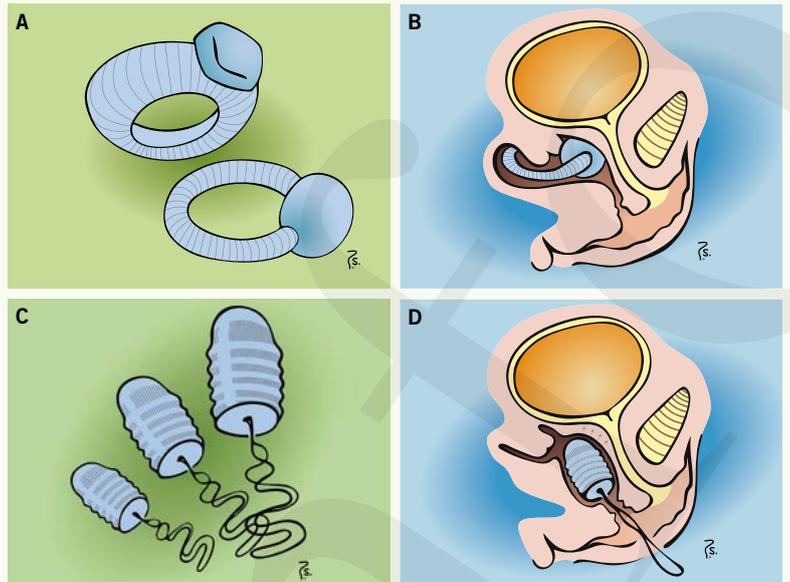


Fig. 1 : A. Divers pessaires urétraux avec renforcement sous-urétral. B. pessaire urétrale in situ, soutient la zone uréthro-vésicale. C. pessaires en mousse de différentes tailles. D. pessaire en mousse in situ, soutient la zone uréthro-vésicale.

être surveillée sous traitement avec mirabegron. Les effets secondaires anticholinergiques sont par conséquent absents (8). Actuellement, il n'existe qu'un seul médicament sur le marché suisse : mirabegron (Betmiga®). L'efficacité (fréquence des mictions, fréquence des épisodes d'incontinence) du mirabegron évaluée dans des études contrôlées contre placebo (9) s'est avérée comparable aux médicaments antimuscariniques.

Indications pour l'orientation vers le spécialiste

Si l'incontinence est réfractaire au traitement ou si des pathologies telles qu'une microhématurie persiste, il est recommandé de consulter un urogynécologue pour poursuivre le diagnostic. La cystoscopie peut révéler des résultats importants tels qu'une tumeur de la vessie, un corps étranger ou un ulcère de Hunner (cystite interstitielle). Un bilan urodynamique peut objectiver le diagnostic «OAB» en déterminant d'éventuelles hypersensibilité, instabilité ou diminution de la capacité de la vessie.

Options thérapeutiques invasives d'OAB: la thérapie à privilégier est l'injection intravésicale de **toxine botulique (Botox®)**. En effet, cette thérapie est efficace et peu invasive. De plus, elle peut être titrée

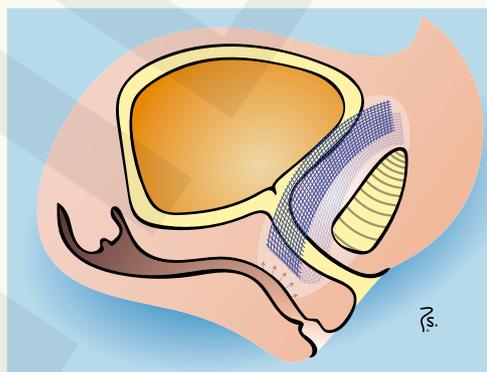


Fig. 2 : La bandelette en polypropylène insérée prévésicalement remplace les ligaments pubo-urétraux trop tendus ou déchirés et restitue le pivot nécessaire à l'urètre.

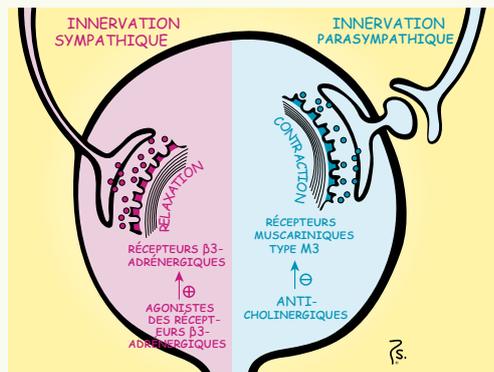


Fig. 3 : L'innervation sympathique et para sympathique

Illustrations: Passweg & Somaini medical illustrations

TAB. 1 Préparations actuelles pour l'application locale d'œstrogènes		
Principe actif	Produit (CH)	Posologie/Mode d'emploi
Estriol (E3)	Oestro-Gynaedron® crème vaginale	Traitement initial: une fois par jour pendant 2-3 semaines, traitement d'entretien: deux fois par semaine
	Blissel® gel vaginal	
	Ovestin® Ovules 0.5 mg	
	Ovestin® crème vaginale	
Estradiol (E2)	Vagifem® comprimés vaginaux 10µg	Remplacement de l'anneau tous les 3 mois
	Estring®	

TAB. 2 Antimuscariniques			
Principe actif	Produit (CH)	Posologie/mode d'emploi	Propriétés
Oxybutynine	Ditropan®	5 mg–5mg–5 mg	Amine tertiaire, comme slow release transdermique, moins d'effets secondaires
	Kentera®	2 fois par semaine, 3.9 mg/24h	
Toltérodine	Detrusitol®	0–0–4 mg	Amine tertiaire, « spécifique à la vessie »
Fésotérodine	Toviaz®	0–0–4 mg 0–0–8 mg	Amine tertiaire, « spécifique à la vessie »
Darifénacine	Emselex®	0–0–7.5 mg 0–0–15 mg	Amine tertiaire, sélectif du récepteur M3, peu d'effets secondaires mnésiques, constipation+
Solifénacine	Vesicare®	0–0–5 mg 0–0–10 mg	Amine tertiaire, sélectif du récepteur M3, peu d'effets indésirables mnésiques, constipation+
Chlorure de trospium	Spasmo-Urgenin® Néo	20 mg–0–20 mg avant les repas.	amine quaternaire, traversant rarement la barrière hémato-encéphalique, peu d'effets indésirables mnésiques
	Spasmex	20 mg–0–20 mg avant les repas.	

et répétée si nécessaire (10). La toxine botulique entraîne une dénerivation chimique réversible de la vessie en agissant sur des terminaisons nerveuses parasympathiques contenues dans la paroi de la vessie. Cette dernière a aussi l'avantage de ne pas induire des effets secondaires systémiques contrairement à la thérapie médicamenteuse anticholinergique.

L'injection intra-vésicale de Botox® est particulièrement indiquée soit pour les patientes polymorbides avec une longue liste de médicaments soit pour les patientes atteintes de démence. L'injection de Botox® est une prestation d'assurance maladie, non seulement pour les troubles vésicaux neurologiques, mais aussi pour l'hyperactivité vésicale idiopathique à condition que la patiente soit réfractaire aux mesures thérapeutiques conservatrices.

La **neuromodulation des racines sacrées** (stimulateur vésical) est aussi une option établie et efficace dans le traitement de l'hyperactivité vésicale évaluée contre des pharmacothérapies ainsi que la toxine botulique (11, 12). Cependant, elle est utilisée plus rarement en pratique dû à sa nature plus invasive et coûteuse.

Traitement de «l'incontinence urinaire par regorgement»

Cette forme d'incontinence urinaire est peu fréquente chez la femme. La clarification par un spécialiste est indiquée si la rétention urinaire est identifiée comme cause de l'incontinence (quantité élevée d'urine résiduelle). Cette forme d'incontinence urinaire résulte principalement d'une obstruction du canal d'évacuation de la vessie causée, entre autres, par une sténose urétrale ou un prolapsus génital. Une diminution de la contractilité du détrusor peut être causée par une intervention chirurgicale (chirurgie oncologique du bassin)

ou par une dénerivation (p. ex. polyneuropathie autonome diabétique). Habituellement, les pressions intra-vésicales restent faibles et les reins ne sont pas touchés par le reflux. (Les syndromes neuro-urologiques complexes tels que la Dyssynergie Détrusor-Sphincter ne sont pas le sujet de cet article.)

La continence peut être atteinte par «**micturition selon l'horaire**»: la patiente est envoyée aux toilettes de manière prophylactique et régulière selon un programme, par exemple toutes les 1½ heures. Le muscle détrusor relâché peut être tonifié médicalement par des **cholinergiques**, par exemple avec de l'Ubreid®. L'effet secondaire le plus courant est la colique intestinale. L'association d'un **bloqueur des récepteurs α-1**, par exemple Pradif 400® peut relâcher le sphincter lisse de l'urètre. L'effet secondaire le plus courant est le vertige au début du traitement.

La patiente doit être référée à une infirmière spécialisée pour apprendre l'**autocathétérisme**. De plus, cela requiert un certain degré d'agilité et de dextérité de la part de la patiente.

Même si ce n'est pas souhaité, un **cathéter permanent** ou le **drainage vésical**

sus-pubien peuvent être la solution idéale pour l'incontinence due à la rétention dans des institutions de soins. Un cathéter équipé d'une valve éviterait à la patiente le sac d'urine.

Cet article est paru en allemand dans « der informierte arzt 8/2018, p. 30-32 ».

Dr Daniel Passweg, daniel.passweg@triemli.zuerich.ch

Dr Gabriella Stocker, Dr Ana Somaini

Frauenklinik Stadtspital Triemli

Birmensdorferstrasse 501, 8063 Zurich

Conflit d'intérêts: Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Illustrations: Passweg & Somaini medical illustrations

Marco Somaini, Creative Director, Crealto GmbH, www.ps-medical.ch

<https://doi.org/10.23785/Gazette.2018.10.003>

Messages à retenir

- ◆ Des patientes réfractaires au traitement ou avec des symptômes cliniques tels que la microhématurie devraient être orientées vers un spécialiste.
- ◆ La physiothérapie est le traitement de première instance de l'incontinence à l'effort, le traitement de deuxième instance est la bandelette sous-urétrale.
- ◆ L'environnement d'un cabinet de généraliste est idéal pour le traitement de l'hyperactivité vésicale principalement conservateur.
- ◆ L'incontinence due à la rétention chronique doit être évaluée par un spécialiste.

Literatur

1. Bø K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ*. 1999;318:487-93.
2. Nilsson CG1, Palva K, Rezapour M, Falconer C. Eleven years prospective follow-up of the tension-free vaginaltape procedure for treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19:1043-7.
3. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM; Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int*. 2003;92:69-77.
4. Bachmann GA, Nevadunsky NS. Diagnosis and treatment of atrophic vaginitis. *Am Fam Physician*. 2000;61:3090-3096.
5. Raz R, Stamm WE. A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. *N Engl J Med*. 1993;329:753-6.
6. Kranjcec B, Papeš D, Altarac S. D-mannose powder for prophylaxis of recurrent urinary tract infections in women: a randomized clinical trial. *World J Urol*. 2014;32:79-84.
7. Betschart C, von Mandach U, Seifert B, Scheiner D, Perucchini D, Fink D, Geissbühler V. Randomized, double-blind placebo-controlled trial with *Bryophyllum pinnatum* versus placebo for the treatment of overactive bladder in postmenopausal women. *Phytomedicine*. 2013;20:351-8.
8. Chapple C, Khullar V, Nitti VW, Frankel J, Herschorn S, Kaper M, Blauwet MB, Siddiqui E. Efficacy of the β 3-adrenoceptor agonist mirabegron for the treatment of overactive bladder by severity of incontinence at baseline: a post hoc analysis of pooled data from three randomised phase 3 trials. *Eur Urol*. 2015;67:11-4.
9. Wagg A, Cardozo L, Nitti VW, Castro-Diaz D, Auerbach S, Blauwet MB, Siddiqui E. The efficacy and tolerability of the β 3-adrenoceptor agonist mirabegron for the treatment of symptoms of overactive bladder in older patients. *Age Ageing*. 2014;43:666-75.
10. Schmid DM, Saueremann P, Werner M, Schuessler B, Blick N, Muentener M, Strebel RT, Perucchini D, Scheiner D, Schaer G, John H, Reitz A, Hauri D, Schurch B. Experience with 100 cases treated with botulinum-A toxin injections in the detrusor muscle for idiopathic overactive bladder syndrome refractory to anticholinergics. *J Urol*. 2006;176:177-85.
11. Siegel S, Noblett K, Mangel J, Griebing TL, Sutherland SE, Bird ET, Comiter C, Culkin D, Bennett J, Zylstra S, Berg KC, Kan F, Irwin CP. Results of a prospective, randomized, multicenter study evaluating sacral neuromodulation with InterStim therapy compared to standard medical therapy at 6-months in subjects with mild symptoms of overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2015;34:224-30.
12. Amundsen CL, Richter HE, Menefee SA, Komesu YM, Arya LA, Gregory WT, Myers DL, Zyczynski HM, Vasavada S, Nolen TL, Wallace D, Meikle SF. OnabotulinumtoxinA vs Sacral Neuromodulation on Refractory Urgency Urinary Incontinence in Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;316:1366-1374.