

L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME :

I] Physiologie de la miction :

- Incontinence = perte d'urine involontaire
- Concerne **10 à 50% des femmes** Peu de consultations...
- **Force d'expulsion** par détrusor (et pression abdominale facultative):
- **Force de rétention** par le col vésical (sphincter lisse adrénérergique), le sphincter urétral, et contraction des muscles périnéaux.
- Support par la paroi vaginale antérieure et paroi du petit bassin.

II] Examen clinique :

- **Interrogatoire policier** pour déterminer le type d'incontinence urinaire (SFU, fuites nocturnes, atcd gynéco-obstétricaux...)
- **Evaluer le retentissement sur la qualité de vie**
- **Examen neurologique**
 - Sensibilité périnéale
 - Réflexe bulbo-caverneux (S3)
 - Réflexe anal (S4, TR à la toux)
- **Examen pelvi-périnéale +++**
 - Test à la toux vessie pleine
 - Rechercher une hypermobilité du col vésical et de l'urètre au TV.
 - Manœuvre de Bonney (présage de l'efficacité d'une colpopexie rétropubienne)
 - Rechercher un trouble de la statique pelvienne
 - Evaluer ma qualité des releveurs

III] Formes clinique :

- **Incontinence Urinaire d'Efforts (IUE):**
 - Le plus fréquente
 - Perte du support et/ou insuff. Sphinctérienne.
 - **Facteurs de risque:** âge, multiparité et accouchements voies basses, hyperpression intra-abdo (obésité, activité physique, toux chronique), hérédité, énurésie dans l'enfance.
 - Grades:
 - 1. à la toux ou efforts importants
 - 2. au lever ou à la marche
 - 3. permanent
- **Incontinence par impériosité**
 - Absence d'inhibition des contractions vésicales
 - **Fuites nuit et jour**, quelle que soit la position

- Besoin urgent d'uriner = **impériosités** ++
- **Facteurs de risque**: pathologie neurologique, atcd chirurgie locale, diabète.

- **Incontinence mixte**

- Autres: par regorgement (vessie trop pleine), par fistule, par urination (trouble comportement)

IV] Examens complémentaires :

- ECBU ++, fonction rénale, échographie pelvienne
- **Bilan Uro-Dynamique (BUD)**:
 - *Cystomanométrie*: pression intra vésicale pendant le remplissage et la miction.
 - *Uréthromanométrie*: pression maximale de cloture du sphincter.
 - *Débitométrie*
 - Recherche *signes d'irritabilité vésical* (contractions non inhibées du détrusor)
 - *Potentiels évoqués sacrés* (EMG si suspicion neuro)
 - *Recto-colpo-cystogramme* si prolapsus ou fistule.

V] Traitements :

- *Incontinence urinaire d'effort*:
 - **Rééducation** périnéo-sphinctérienne ++
 - **Oestrogénothérapie locale**
 - **Chirurgie à 3 mois** si pas d'amélioration. TVT = bandelettes sous urétrales
- *Incontinence urinaire par impériosité*:
 - **Rééducation** périnéo-sphinctérienne avec électrostimulation et biofeedback
 - **Anticholinergiques**: oxybutine Ditropan^o...