



Les Journées Portes Ouvertes sur l'Incontinence (25 - 27 Mai 2009)

L'Incontinence Urinaire de la Femme

L'incontinence urinaire féminine regroupe deux grands types d'incontinence : l'incontinence urinaire d'effort (IUE) et l'incontinence urinaire par impériosité, cette dernière, récemment rebaptisée « urgenturie ». La première est liée à l'effort et la deuxième à une hyperactivité instabilité vésicale. Ces deux formes peuvent coexister chez une même femme sous le terme d'incontinence mixte.

Épidémiologie

L'incontinence touche 10 à 20 % des femmes, mais seulement un tiers des patientes consultent. Les autres se protègent comme elles peuvent avec des protections souvent inappropriées, se replient sur elles-mêmes, l'incontinence étant vécue comme un tabou, une maladie honteuse.

Contrairement à une idée fort répandue, l'incontinence urinaire n'est pas une fatalité due à l'âge. Parmi ces femmes 20 % ont moins de 30 ans. Après la ménopause, elles sont 46 % à en subir les conséquences.

Parmi ces femmes, 5 sur 10 souffrent d'une incontinence mixte, 4 sur 10 d'une incontinence d'effort et une femme sur 10 d'incontinence par impériosité.

Signes

Le principal signe est l'existence de fuites urinaires inopinées avec ou sans sensation de besoin, provoquées par l'effort (IUE) ou par une sensation d'un besoin urgent impossible à contenir.

Indépendamment des fuites, des mictions fréquentes la nuit et dans la journée peuvent coexister.

Traitement

La rééducation : elle est prescrite au cas par cas, et ses résultats sont fonction du niveau de participation de la patiente. Elle se fait au cabinet du kinésithérapeute et nécessite, parfois, l'utilisation d'appareils. Mais lorsque l'incontinence est trop importante, la rééducation ne suffit pas. Il existe des traitements médicaux ou chirurgicaux qui varient alors selon le type d'incontinence.

Pour l'incontinence liée à l'effort, quand les premiers ont échoué, on propose alors une intervention chirurgicale. La chirurgie la plus courante est la technique dite des bandelettes sous-urétrales TVT ou TOT ; c'est aujourd'hui la technique de référence. Il s'agit de placer une bandelette sous le canal de l'urètre, au niveau du sphincter, qui

servira de renfort, tel un hamac. Cette technique mini-invasive a fait la preuve de son efficacité puisque le taux de réussite est de 80 à 90 %.

Pour l'incontinence par impériosités, liée à une hyperactivité vésicale, on prescrit des antispasmodiques qui agissent sur le contrôle neurologique de la vessie. Ils peuvent être associés à une prise en charge comportementale.

En cas d'échec du traitement, il existe des techniques chirurgicales et notamment l'injection de toxine botulique A.

Pour conclure :

Pathologie très fréquente, l'incontinence urinaire de la femme n'est pas une fatalité. Des traitements efficaces existent, à condition de consulter !