

INCONTINENCE URINAIRE MIXTE ET HYPOCOMPLIANCE

Travail des membres du Comité d'Urologie
et de Pelvi-périnéologie de la Femme
(Association Française D'urologie)



Madame RAU, 56 ans, consulte pour une incontinence urinaire apparue depuis plusieurs années et s'aggravant depuis 6 mois.

- Employée des postes
- Patiente non fumeuse.
- Deux accouchements par voie basse sans particularité
- Une ménopause à l'âge de 50 ans.

DONNEES CLINIQUES

- fuites urinaires survenant pour des efforts modérés comme la toux et le port de charges, ainsi qu'aux changements de position.
- Ces fuites nécessitent le port de deux protections par jour.
- La patiente se lève deux fois dans la nuit, réveillée par l'envie d'uriner.
- Le jour, elle urine toutes les deux heures avec quelques urgenturies et un délai de sécurité en moyenne de 10 minutes.
- Elle dit uriner avec un jet un peu faible avec nécessité de pousser.
- Cette patiente se plaint de constipation avec dyschésie ano-rectale traitée médicalement (suppositoires) et régime alimentaire riche en fibres.
- Elle a une activité sexuelle régulière, sans fuite urinaire lors des rapports.

Une rééducation périnéale de 15 séances bien conduites n'a pas amélioré la symptomatologie.

AUTO-QUESTIONNAIRES

- **Score USP**

Sous score IUE : 7/9

Sous score hyperactivité vésicale : 10/21

Sous score dysurie : 4/9

- **Question 5 Score ICIQ : 8**

- **Catalogue mictionnel sur 3 jours**

7 à 9 mictions par jour 2 mictions nocturnes

Diurèse des 24 h entre 900 ml et 1 300 ml

CVF moyenne de 150 ml (100 et 250 ml).

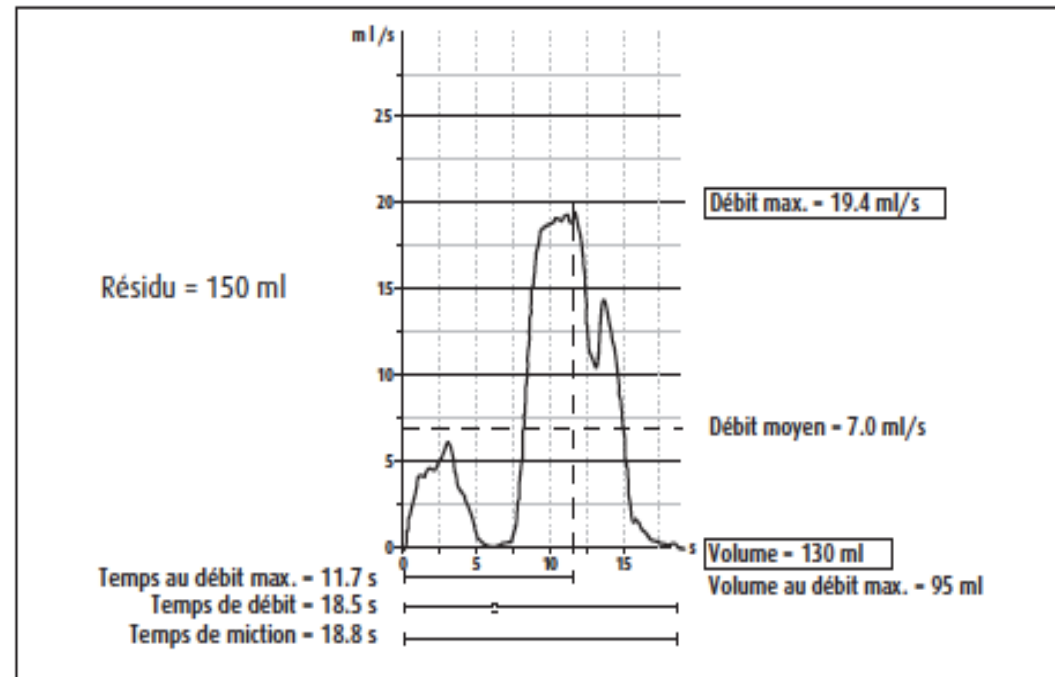
EXAMEN CLINIQUE

- BMI : 22 (65 Kg pour 1,70 m)
- Cystocèle de grade 1 à 2, hystérocèle de grade 1, rectocèle de grade 1 à 2
- Bonne trophicité vaginale
- Commande des releveurs à 4
- Fuites à la toux vessie pleine avec hypermobilité urétrale et manoeuvres de Bonney et de soutènement de l'urètre moyen positives.

Devant une incontinence urinaire d'effort mixte pratiquez vous systématiquement un examen urodynamique ou les données cliniques vous suffisent elles pour proposer un traitement ?

DEBIMETRIE

- Débit maximum : 19 ml/s
- Volume uriné : 130 ml
- Volume résiduel : 150 ml
- La miction s'est effectuée en 2 fois par poussée abdominale.

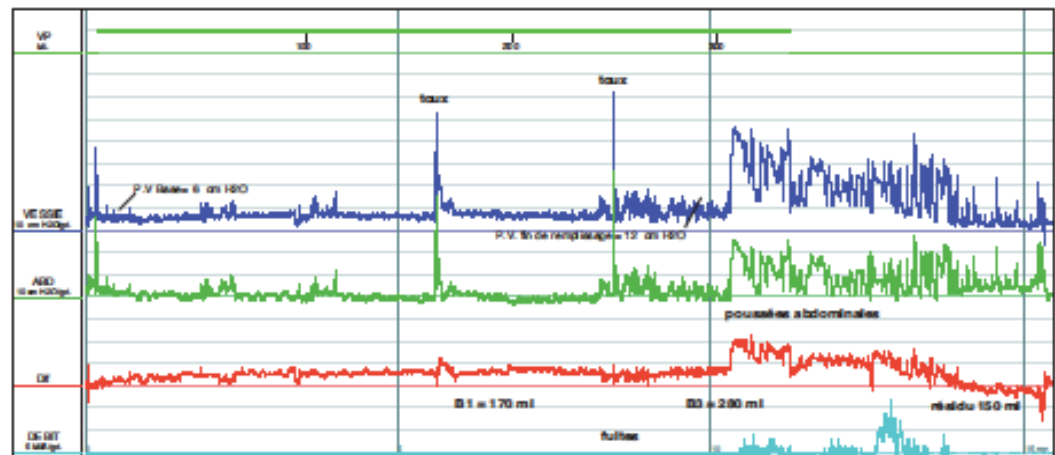


**QUELS SONT LES ENSEIGNEMENTS DE LA DEBIMETRIE
?**

- La débitmétrie montre une miction polyphasique.
- Il existe un résidu post-mictionnel de 150 ml, allant dans le sens d'une **hypocontractilité vésicale**.
- Le caractère très modéré des éléments de prolapsus ne permet pas de les incriminer dans la genèse du trouble de vidange vésicale.

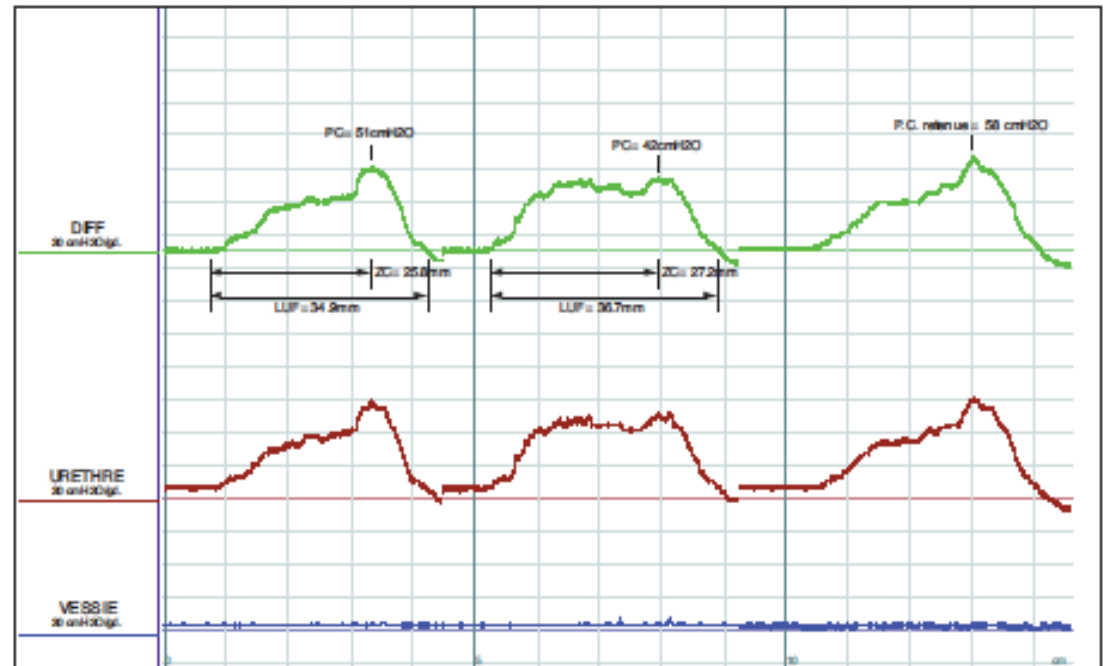
CYSTOMANOMETRIE EN POSITION ASSISE

- Pression vésicale de base : 6 cm d'eau
- Première sensation de remplissage vésical : 170 ml
- Besoin d'uriner pressant : 280 ml
- Capacité vésicale : 300 ml
- Absence de contraction non inhibée du détroleur spontanée ou aux efforts de toux
- Compliance vésicale normale
- Instantané mictionnel : la miction est polyphasique, obtenue par efforts de poussées abdominales sans qu'il soit possible de dire s'il existe une contraction concomitante du détroleur.



PROFILOMETRIE

- PCMU vessie semi-pleine : 51 cm d'eau.
- Effort de retenue volontaire : gain de 7 cm d'eau.



**QUELS SONT LES ENSEIGNEMENTS DE LA
CYSTOMANOMETRIE ET DE LA PROFILOMETRIE ?**

- La cystomanométrie ne montre pas d'hyperactivité du détrusor.

La miction est polyphasique et obtenue par poussées abdominales.

Il est difficile de dire s'il existe une contraction concomitante du détrusor.

- . La pression sphinctérienne est correcte

QUEL PROGRAMME THERAPEUTIQUE PROPOSEZ-VOUS ?

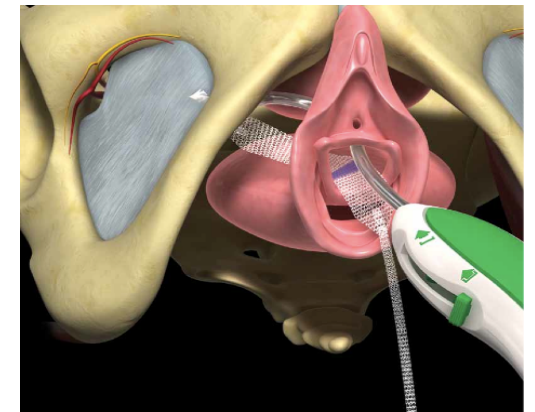
- Refaire quelques séances de rééducation périnéale
- La mise en place d'une bandelette sous urétrale
- Si bandelette T.V.T ou T.O.T ?
- Autosondages

DISCUSSION

- Situation difficile mais prise en charge nécessaire
- Bandelette comprime l'uretère lors de la poussée abdominale or cette patient urine par poussées abdominales
- Quels sont les choix ?
 - Ne rien faire
 - Supports intra-vaginaux à retirer à chaque miction (pessaires, tampons)
 - Auto- sondages
 - Une bandelette sous urétrale

DISCUSSION : BANDELETTE SOUS-URETRALE

- **Facteurs de bon pronostic:**
 - Hypermobilité urétrale à l'examen clinique
 - Tests de continence positifs
 - Pas d'insuffisance sphinctérienne
 - Vessie stable
- **Prudence:**
 - Détrusor acontractile
 - Miction par poussée abdominale
 - Résidu post mictionnel notable



→ **Risque de rétention post opératoire**

EN PRATIQUE SI INTERVENTION...

- **Information complète de la patiente:**
 - Evoquer le risque de rétention
 - Proposer un test d'auto-sondage
 - Evoquer la possibilité des sectionner la bandelette si auto-sondage inadapté
- **Proposer une bandelette trans-obturatrice**
- **Remarque:**
 - Si insuffisance sphinctérienne associée le sphincter aurait été une bonne solution

- Remerciements à J.F Hermieu, L. Lenormand et G.Robain

et à

