

FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN : MAI 2012
DERNIERE MISE A JOUR : NOVEMBRE 2018

FICHE REMISE LE/...../.....

PAR DR

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site : www.urologie-santé.fr

INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

L'incontinence urinaire désigne une perte involontaire des urines dont se plaint la patiente, pouvant entraîner une gêne sociale significative. Les différents types d'incontinence urinaire sont majoritairement définis par les circonstances associées aux fuites. Ainsi, on différencie les fuites d'urines survenant à l'effort (toux, rire, éternuement), de celles survenant au décours d'une urgenturie (besoin soudain et irréprouvable d'aller uriner). L'incontinence peut encore être dite insensible (lorsque la patiente n'a pas conscience du mode de survenue), permanente, posturale (survenant lors d'un changement de position), per coïtale (lors des rapports sexuels), ou encore nocturne (on parle alors d'énurésie). Plusieurs types d'incontinence urinaire peuvent être associés chez une même patiente.

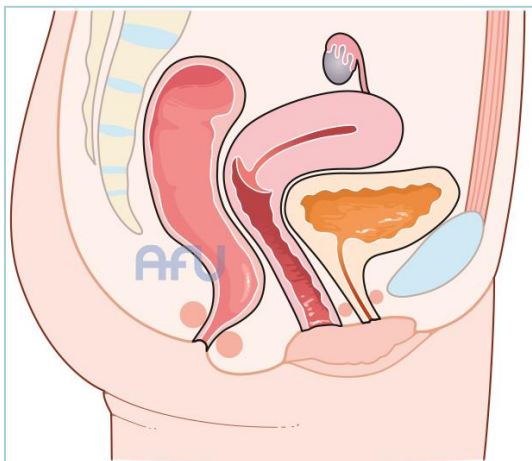
L'identification de ces différents types d'incontinence est cruciale car le traitement proposé peut en être bien différent.

EST-CE UN SYMPTÔME FRÉQUENT ?

La fréquence et la sévérité de l'incontinence urinaire augmentent avec l'âge. De 25 à 40 % des femmes déclarent avoir une incontinence urinaire selon les études. La fréquence inférieure à 20 % avant 25 ans, atteint plus de 45 % après 75 ans. Il existe deux pics, un premier à 45-50 ans au moment de la ménopause, un deuxième après 75 ans. Après 75 ans près de 20 % des femmes déclarent avoir une incontinence sévère contre 5 % avant 45 ans. 5 à 15 % des femmes décrivent cette incontinence comme quotidienne.

Les facteurs de risque de l'incontinence multiples : l'âge, la grossesse, l'accouchement par voie naturelle, la ménopause, l'obésité, l'intoxication tabagique, la toux, les maladies chroniques pulmonaires, les efforts répétés.

L'incontinence urinaire est une pathologie gênante et invalidante avec un impact potentiel sur la qualité de vie, le sommeil, la vie sexuelle. Cependant, malgré l'augmentation sensible du nombre de femmes qui consultent, beaucoup de femmes restent non traitées pour ce symptôme.



QUELS EN SONT LES MÉCANISMES ?

PHYSIOLOGIE DE LA CONTINENCE URINAIRE

La continence urinaire est le résultat d'un équilibre entre les pressions intra vésicale et urétrale.

La vessie est un réservoir musculaire distensible, son muscle (le détroisor) se laisse étirer sans résistance et donc sans augmentation de pression.

L'urètre est situé sous la vessie. Il correspond au canal par lequel l'urine s'extériorise. Il comporte un appareil sphinctérien (muscle) essentiel à la continence. Il repose sur le plancher périnéal et le vagin en bas et en arrière. Il est fixé au pubis grâce à des ligaments suspenseurs en haut et en avant. Ces tissus forment un soutien urétral qui participe au mécanisme de la continence.

Le maintien de la continence dépend du bon fonctionnement de tous ces éléments.

Par ailleurs, l'appareil vésico-sphinctérien est contrôlé par le système nerveux, qui doit également être en état d'assurer son rôle, sous peine de perturber le fonctionnement de la vessie et le cycle remplissage/vidange de la vessie. Cela explique que certaines maladies neurologiques peuvent être responsables d'une incontinence urinaire.

Chez une personne continente, la vessie se remplit à basse pression tandis que les pressions urétrales restent élevées.

Au moment de la miction, le mécanisme s'inverse, les pressions urétrales s'effondrent, le sphincter urinaire se relâche, la vessie se contracte aboutissant à une miction normale permettant l'évacuation complète des urines.

PHYSIOPATHOLOGIE ET MÉCANISMES DE L'INCONTINENCE URINAIRE

Deux principaux types d'incontinence sont à différencier : l'incontinence urinaire d'effort (survenant lors de efforts de pression abdominale) et l'incontinence urinaire par urgenterie (survenant au décours immédiat d'une envie soudaine, brutale et irrépressible d'uriner). Ces deux types d'incontinence ont des origines différentes et un traitement différent. Ils peuvent cependant co-exister chez une même patiente : on parle alors d'incontinence urinaire mixte.

↳ L'incontinence urinaire d'effort

Elle survient soit par faiblesse du système de soutien périnéal (responsable d'une hypermobilité de l'urètre lors des efforts), soit en raison d'une faiblesse sphinctérienne. Les deux mécanismes peuvent être associés.

Lors d'un effort provoquant une hyperpression abdominale, la vessie étant située dans l'enceinte abdominale, l'hyperpression se répercute sur elle. C'est le cas des efforts de toux, rires, éternuements, course etc... Si le mécanisme de soutien de l'urètre ou le sphincter urétral sont altérés, la pression intra urétrale n'est plus suffisante par rapport à la pression intra vésicale, les fuites apparaissent.

Les causes favorisant la faiblesse du soutien urétral sont les accouchements multiples, les traumatismes obstétricaux, les antécédents de chirurgie pelvienne. Les pathologies responsables d'une hyperpression abdominale répétée sont également nombreuses, parmi lesquelles la toux chronique, la constipation, l'obésité, etc.

↳ L'incontinence urinaire par urgenturie

Cette incontinence est liée à un trouble de stockage des urines par la vessie, qui peut être lié à des contractions intempestives de la vessie, à une limitation de sa compliance ou encore à une hypersensibilité de la vessie. Ces phénomènes déclenchent des « urgenturies », c'est-à-dire des envies soudaines, brutales et irrépressibles d'uriner. Lorsque la pression vésicale devient supérieure à celle du sphincter, ce dernier, même s'il est parfaitement fonctionnel, ne parvient plus à retenir l'urine et la fuite apparaît, immédiatement au décours de l'urgenturie.

Ces phénomènes sont parfois dus à une irritation vésicale (liés à la présence d'une tumeur de vessie, d'un calcul, ou en cas d'inflammation de la vessie ou de cystite bactérienne par exemple). Certaines maladies neurologiques comme la sclérose en plaques, la neuropathie diabétique ou les accidents vasculaires cérébraux peuvent également être à l'origine d'une hyperexcitabilité vésicale. Enfin les causes ne sont pas toujours connues et on parle alors d'hyperactivité vésicale idiopathique.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENTS

INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

↳ Comment en faire le diagnostic ?

Cliniquement, la patiente décrit des fuites d'urines involontaires survenant lors d'un effort : toux, éternuement, port de charge, pratique du sport... L'interrogatoire du médecin recherche des facteurs de risque, évalue la fréquence des fuites, et la quantité d'urine perdues (sévérité de l'incontinence).

L'examen clinique, réalisé vessie pleine, suffit pour confirmer le diagnostic. Le médecin pratique un test à la toux, en cherchant à visualiser une fuite en jet par le méat urinaire lors de l'effort de toux (en position allongée et debout). Il évalue également la mobilité du canal de l'urètre. L'examen uro-gynécologique recherche un trouble de la trophicité vaginale, et élimine un prolapsus génito-urinaire associé.

↳ Comment prendre en charge ce type d'incontinence ?

La prise en charge dépend de la gêne occasionnée par cette incontinence : ne sont traitées que les patientes gênées et demandeuses d'une prise en charge. Les possibilités thérapeutiques sont :

La rééducation périnéale : chez une patiente gênée, il peut être proposé de première intention une rééducation périnéale, avec nécessité de réaliser plusieurs séances. Il existe un risque d'échec secondaire même en cas d'amélioration immédiate.

Les mesures d'hygiène de vie : traiter une constipation associée, une toux, une sécheresse vaginale. Par ailleurs, la perte de poids, chez les patientes obèses, est associée à une réduction des symptômes d'incontinence.

La prise en charge chirurgicale : c'est l'alternative à la rééducation, en cas d'échec, de contre-indication ou de refus de la patiente. Avant de confirmer la chirurgie, un examen clinique plus poussé est pratiqué, avec notamment évaluation des manœuvres de soutènement de l'urèthre. Une évaluation de la miction par débitmétrie urinaire est aussi nécessaire pour vérifier la bonne vidange vésicale avant toute chirurgie. En fonction de cette évaluation clinique un examen urodynamique (cf. fiche spécifique) pourra être effectué.

Les solutions chirurgicales possibles sont (cf.

fiches spécifiques) :

- L'implantation d'une bandelette sous-urétrale synthétique par voie rétropubienne ou transobturatrice, proposée dans les cas d'incontinence urinaire d'effort avec hypermobilité urétrale
- Les injections péri-urétrales d'agents de comblement
- L'implantation de ballonnets latéro-urétraux
- L'implantation d'un sphincter artificiel
- Les techniques autologues (utilisant les tissus de la patiente) : colposuspension, ou bandelettes autologues.

L'indication de ces différents traitements dépend des antécédents médicaux et chirurgicaux, du type de mécanisme de l'incontinence, de l'importance des troubles, et surtout des résultats de l'évaluation clinique et des éventuels examens complémentaires.

INCONTINENCE PAR URGENTURIE

↳ Comment en faire le diagnostic ?

Comme exposé ci-dessus, l'incontinence urinaire par urgenturie est caractérisée par des fuites survenant au décours immédiat d'une urgenturie (envie soudaine, brutale et irréprouvable d'uriner). Le symptôme d'urgenturie caractérise l'hyperactivité vésicale. Le plus souvent, il est accompagné d'autres symptômes : une pollakiurie (fréquence urinaire trop élevée) et une nycturie (réveils nocturnes par le besoin d'uriner).

L'interrogatoire cherche tout d'abord à identifier clairement le symptôme d'urgenturie et à identifier les antécédents (notamment de tabagisme, pouvant orienter vers un risque de tumeur vésicale), les pathologies associées, les interventions sur le bassin, les traitements médicaux pris par la patiente.

L'examen uro-gynécologique recherche un trouble de la trophicité vaginale, et élimine un prolapsus génito-urinaire associé. L'examen vérifie l'absence de défaut de soutènement sous urétral et de fuite urinaire à la toux.

Un examen neurologique est également pratiqué.

Un calendrier mictionnel (consistant à noter les

horaires des mictions ainsi que leur volume) est nécessaire pour évaluer la fréquence mictionnelle, les symptômes, la présence d'une nycturie et la diurèse globale. Le retentissement sur la vie quotidienne est également évalué.

La qualité de la vidange vésicale est évaluée par la débitmétrie.

Des examens complémentaires sont parfois nécessaires pour rechercher des facteurs irritatifs (tumeur de la vessie, corps étranger, calculs intra vésicaux) par analyse cyto bactériologique des urines, échographie, cystoscopie et cytologie urinaire. Un examen urodynamique pourra être proposé, le plus souvent avant un traitement invasif.

↳ Comment prendre en charge ce type d'incontinence ?

Si une cause est identifiée (lésion vésicale par exemple), celle-ci doit être traitée.

Dans le cas contraire, le traitement sera symptomatique avec en première intention des mesures hygiéno-diététiques, une rééducation ou un traitement médicamenteux :

- Mesures hygiéno-diététiques : dans certains cas, il faudra conseiller à la patiente d'adapter son alimentation et son mode de vie. Le tabagisme doit être interrompu. Certains produits (bière, alcools), le café et le thé incitent les reins à produire davantage d'urine, ce qui accroît les symptômes d'hyperactivité vésicale. Boire trop d'eau (plus de 3 à 4 litres par jour) augmente aussi la diurèse déraisonnablement. En général, la quantité d'eau ingérée doit être adaptée pour uriner entre 1,5 et deux litres par jour.
- Un traitement médical symptomatique peut être associé ou non à la rééducation. Il s'agit de médicaments de la classe des anticholinergiques. Ils agissent en bloquant les transmissions nerveuses entre les nerfs qui contrôlent la vessie et le muscle vésical. Souvent efficaces, ils ne sont toutefois pas dépourvus d'effets secondaires, comme sécheresse de la bouche, vision trouble, fatigue ou difficultés à uriner. Ce traitement est en outre contre indiqué en cas de glaucome. L'association à un traitement trophique par voie vaginale peut améliorer les symptômes et diminuer le risque d'aggravation de la sécheresse locale par les anticholinergiques. Un autre traitement

médical, par beta-3 adrénergiques, peut aussi être proposé, visant à relaxer le muscle vésical. Les contre-indications en sont l'hypertension artérielle non contrôlée, l'insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique sévère.

- La rééducation périnéale peut s'avérer efficace. Son principe est de bloquer les contractions anarchiques de la vessie en renforçant les muscles du plancher pelvien. La stimulation électrique vise à inhiber directement ces contractions anarchiques du muscle détrusor. Le traitement comportemental vise à rééduquer le cerveau par un entraînement approprié de la vessie. La réussite du traitement dépend en grande partie de la motivation de la patiente.
- La stimulation du nerf tibial (TENS) est une technique non invasive, consistant en des séances régulières, à domicile, de stimulation du nerf tibial postérieur pour influencer le fonctionnement vésical. Les séances durent entre 20 et 30 minutes, sont réalisées grâce à un petit appareil portable simple d'utilisation.
- Pour les patientes dont la symptomatologie est réfractaire, des traitements de deuxième intention peuvent être envisagés, le plus souvent après réalisation d'un bilan urodynamique. Parmi celles-ci, la neuromodulation des racines sacrées est une technique possible. Il s'agit de la pose d'un stimulateur implanté sur les racines nerveuses sacrées S3 (pacemaker vésical). L'implantation ne se fera qu'après réalisation d'un test thérapeutique (électrode temporaire implanté dans les racines nerveuse et reliée à un boîtier de stimulation externe). Les complications possibles sont l'infection liée au matériel étranger, et de douleurs liées à la pose du boîtier sous la peau. L'autre possibilité thérapeutique, en cas d'incontinence urinaire quotidienne, est l'injection de toxine botulique dans la paroi vésicale par voie naturelle. Cette technique

permet de diminuer les contractions du muscle vésical et de diminuer la sensibilité de la vessie. Les complications possibles sont un blocage de la vessie et des infections urinaires. Si cette thérapeutique est efficace, elle doit être renouvelée tous les 6 à 12 mois car la toxine se désagrège dans le corps.

INCONTINENCE MIXTE

Les deux aspects de l'incontinence sont traités, chacun par les méthodes décrites ci-dessus, après un bilan urodynamique. On commence par traiter le type d'incontinence qui occasionne la gêne la plus importante (exemple : fuites par urgence tous les jours, rares fuites à la toux). Les traitements peuvent être associés ou successifs. L'urologue informe précisément la patiente sur ce qui est attendu du traitement proposé et surtout ce qui n'est pas attendu, étant donné la complexité de prise en charge de ce type d'incontinence mixte.

INTÉRÊT DE LA PRISE EN CHARGE ?

Quel que soit le type d'incontinence, la prise en charge est aujourd'hui très insuffisante (moins de 20 % des incontinenances). Cette pathologie compromet l'activité physique et les relations sociales quel que soit l'âge. Elle nécessite le plus souvent l'utilisation de dispositifs palliatifs comme les protections urinaires qui peuvent s'avérer coûteuses et inconfortables. Chez la personne âgée ou handicapée, l'incontinence diminue l'autonomie. L'incontinence ne doit plus être considérée comme un état inéluctable chez la femme, mais comme un état pathologique nécessitant consultation et prise en charge.

Il est rappelé que **toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux**, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

↘ Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne **Tabac-Info-Service au 3989** ou par internet : **tabac-info-Service.fr**, pour vous aider à arrêter.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **incontinence urinaire de la femme**.

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site urologie-santé.fr
L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin....) :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse :

.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne