

Incontinence urinaire à l'effort

Un Guide Pour Les Femmes

1. Qu'est-ce que l'incontinence urinaire à l'effort?
2. Comment fonctionne la vessie?
3. Les causes reliées à l'incontinence urinaire à l'effort
4. Comment l'incontinence urinaire à l'effort est-elle diagnostiquée?
5. Quels examens médicaux peuvent être effectués?
6. Quels sont mes choix pour son traitement?

Qu'est-ce que l'incontinence urinaire à l'effort?

L'incontinence urinaire à l'effort (IUE) est une perte ou fuite involontaire d'urine provoquée par l'exercice physique, l'éternuement, la toux, le rire et le soulèvement d'objets. Environ 10 à 20 % des femmes sont aux prises avec ce trouble et plusieurs d'entre elles ignorent qu'il existe des options de traitement simples et efficaces. L'IUE peut avoir diverses répercussions sur la qualité de vie des femmes. L'incontinence peut limiter les femmes dans leurs relations sociales et personnelles et dans leurs activités physiques.

Comment fonctionne une vessie normale?

Le fonctionnement de la vessie est complexe et sa capacité d'emmagasiner et d'écouler l'urine met en jeu le cerveau, la vessie, l'urètre (canal de la vessie), les muscles et les nerfs du plancher pelvien.

Pendant que l'urine est sécrétée et qu'elle remplit la vessie, le muscle de la vessie (détrusor) se détend et s'étire pour s'adapter au fluide. Quand la vessie est remplie à un certain niveau, une envie pressante d'uriner est ressentie, et au moment approprié, le cerveau signale au muscle détrusor de se contracter et au sphincter urétral de se relâcher permettant ainsi l'écoulement de l'urine. La vessie doit habituellement être vidée 4 à 8 fois par jour et une fois ou deux durant la nuit. L'urètre et la vessie sont soutenus par les muscles du plancher pelvien qui se contractent pendant la toux, l'éternuement et l'exercice afin d'empêcher la fuite. L'incontinence peut également être provoquée par une faiblesse dans les muscles ou par des dommages au soutien de l'urètre.

Les causes de l'incontinence urinaire à l'effort

- Grossesse et accouchement par voie vaginale.
- Obésité, toux chronique, manutention lourde répétitive et constipation. Ces facteurs peuvent causer une augmentation de la pression abdominale et aggraver l'incontinence à l'effort.
- Facteurs d'origine génétique

Comment mon médecin diagnostiquera-t-il l'incontinence à l'effort?

Votre médecin vous posera des questions au sujet des activités qui provoquent la fuite et vous examinera pour s'assurer que ce n'est pas lié à d'autres problèmes pertinents comme le prolapsus. Les femmes souffrant d'incontinence à l'effort peuvent également être affectées par l'incontinence urinaire par impériosité ou l'incontinence fécale (selles ou gaz). N'hésitez pas à en parler avec votre médecin

Quels examens médicaux peuvent être effectués?

- Pour faciliter le diagnostic, votre médecin peut vous demander de tousser alors que votre vessie est pleine.
- On peut vous demander de tenir un carnet pour inscrire ce que vous buvez, le nombre de fois que vous urinez et la fréquence (journal mictionnel). Un registre du volume de fuite d'urine est aussi conservé. Tenir un journal mictionnel pendant quelques jours est un excellent moyen d'aider le médecin à se faire une idée de vos symptômes.
- Votre médecin peut recommander un bilan urodynamique, lequel sert à évaluer la capacité de la vessie à se remplir et à se vider et le fonctionnement ou la cause de l'incontinence.
- Une analyse par ultrasons peut être nécessaire pour déterminer le volume d'urine qui reste dans la vessie après qu'elle se soit vidée. Elle peut servir à identifier toute autre cause reliée à vos symptômes.
- Une analyse d'urine peut être effectuée pour vérifier s'il y a une infection urinaire. Tous ces tests et ces analyses servent à planifier le meilleur traitement possible pour chaque individu.

Quelles sont mes options de traitement?

Votre médecin vous conseillera quant aux meilleures options disponibles pour vous, mais on peut vous recommander un traitement plus conventionnel au début

Changements du mode vie en général

Essayez de boire suffisamment pour uriner de 4 à 6 fois par jour (ce qui équivaut normalement à 1,5 - 2 l). Il a été démontré que maintenir un poids santé a un effet bénéfique et diminue la gravité des problèmes de l'IUE. Vous pouvez également améliorer votre état en évitant la constipation et en cessant de fumer

Exercices pour le plancher pelvien

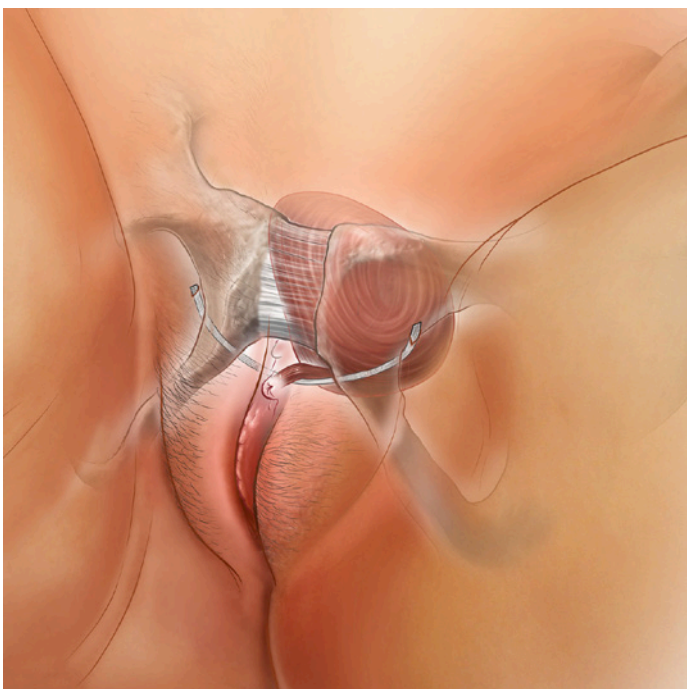
Les exercices pour le plancher pelvien représentent une façon efficace de réduire les symptômes de l'IUE. Environ 75 % des femmes ont remarqué une amélioration de l'incontinence après avoir commencé un entraînement d'exercices du plancher pelvien. Comme tout entraînement, les avantages des exercices du plancher pelvien sont maximisés si la pratique est effectuée régulièrement et sur une certaine période de temps. Pour tirer le plus de bénéfices de cet entraînement, une période d'exercices réguliers pendant 3 à 6 mois est nécessaire. Vous pouvez également consulter un thérapeute spécialisé qui supervisera votre EPP. Si vous souffrez également d'incontinence urinaire par impériosité, votre médecin peut aussi conseiller des exercices de rééducation de la vessie.

Dispositifs de continence

Les dispositifs de continence sont disponibles et s'ajustent au vagin afin d'aider à contrôler les fuites. Ceux-ci peuvent être insérés avant l'exercice ou dans le cas d'un pessaire vaginal, portés en tout temps. Certaines femmes s'insèrent un tampon super absorbant avant de faire de l'exercice peut empêcher ou réduire la fuite. Ces types de dispositifs sont les plus appropriés pour les femmes souffrant d'incontinence urinaire légère ou qui attendent un traitement chirurgical définitif



Bandelette Rétropubienne



Bandelette Transobturatrice

J'ai fait les exercices et j'ai toujours un problème. Quelle intervention chirurgicale serait appropriée pour moi?

Le but de l'intervention est de corriger ou soutenir tout affaiblissement des soutiens de l'urètre. Beaucoup de médecins souhaitent éviter une chirurgie et attendre jusqu'à ce que la patiente ne souhaite plus avoir d'enfants puisqu'une future grossesse pourrait compromettre les résultats de l'intervention en question

Interventions de bandelettes mi-urétrales

Avant 1993, le traitement de l'incontinence à l'effort nécessitait souvent une chirurgie importante comprenant une incision abdominale. Aujourd'hui, le traitement le plus commun est l'utilisation d'une bandelette permanente qui s'étend sous la partie mi-urétrale. La bandelette fonctionne de façon à soutenir l'urètre lorsque vous toussiez, éternuez ou lorsque vous faites de l'exercice. Après une petite incision dans le vagin, la bandelette (bande) peut être mise en place de différentes façons :

Les bandelettes rétropubiennes passent sous l'urètre, puis derrière l'os pubien et les bandes sortent à l'extérieur par 2 petites incisions juste au-dessus de l'os pubien

Les bandelettes transobturatrices passent sous le milieu de l'urètre et traversent les 2 incisions déjà réalisées au niveau de l'aîne.

Des bandelettes d'incision unique passent sous l'urètre et sont ancrées dans les tissus, mais il est à noter que ce type de bandelette a été moins étudié jusqu'ici

On note que 80 % à 90 % des femmes qui ont subi une intervention par voie de bandelette transobturatrice ou rétropubienne sont guéries ou leurs symptômes d'incontinence ont été grandement améliorés. L'intervention par incision unique est relativement récente et les taux de succès sont toujours à évaluer. Cette intervention ne guérit pas les symptômes d'incontinence impérieuse/de vessie hyperactive bien que plus de 50 % des femmes ont remarqué une certaine amélioration des symptômes de VHA à la suite d'une chirurgie par bandelette (bandelette), alors que 5 % ont plutôt rapporté une aggravation des symptômes de VHA.

La plupart des femmes vont se rétablir après un délai de 2 à 4 semaines. Certaines d'entre elles ressentiront un inconfort douloureux à l'aîne pendant quelques semaines. Il est normal d'avoir de légers saignements vaginaux pendant 7 à 10 jours suivant la chirurgie

Intervention de Burch (colposuspension)

Pendant plusieurs années, cette intervention était considérée comme la principale ressource pour la gestion globale de l'IUE. Elle est effectuée en faisant une incision au bas-ventre de 10-12 cm (par voie abdominale ouverte) ou par l'approche laparoscopique (trou de serrure). La chirurgie nécessite 4 à 6 points de suture permanents qui suspendent le tissu vaginal sous-jacent à la vessie jusqu'à l'arrière de l'os pubien afin de soutenir le col de la vessie et l'urètre et de rétablir la continence. Dans des études complémentaires à long terme, la colposuspension ouverte de Burch affiche un taux de succès semblable à celui des bandelettes rétropubiennes et des résultats comparables peuvent être obtenus par des chirurgiens habiles et compétents utilisant l'approche laparoscopique.

Produits injectables péri-urétraux

Des substances peuvent être injectées dans les tissus entourant l'urètre afin de gonfler et de renforcer le sphincter. Ces produits injectables fonctionnent en fermant ou réduisant le calibre de l'urètre. Plusieurs types de substances peuvent être injectés dont le collagène et la matière grasse. D'autres substances demeurant dans les tissus plus longtemps sont également employées. L'injection peut être effectuée en insérant une aiguille à travers la peau par l'urètre ou par le biais d'une aiguille introduite dans l'urètre. Une anesthésie peut être nécessaire pour cette intervention, mais certaines sont exécutées sous anesthésie locale seulement. L'opération est de courte durée. Après l'intervention, la miction occasionnera peut-être des sensations de brûlure ou de picotement. Bien que certains chirurgiens atteignent de bons résultats avec cette technique, son taux d'échec est plus élevé par rapport aux interventions de bandelette. Il est parfois nécessaire de répéter les injections. Les complications varieront selon le type de produit injectable utilisé, c'est pourquoi il est préférable d'en discuter avec votre médecin.