

FUITES URINAIRES IL N'Y A PAS DE FATALITÉ



ENCORE UN SUJET TABOU

Vive les obstétriciens ! Grâce à eux, le tabou est partiellement levé. Après un accouchement, près d'une femme sur deux souffre temporairement de fuites urinaires. Pour y remédier, depuis 1985, l'Assurance maladie rembourse des séances de rééducation périnéale après l'accouchement. La France est d'ailleurs le seul pays à avoir mis en place une telle politique de prévention. Cette incontinence post-partum est en général bien vécue, car elle est perçue comme « normale » et transitoire.

Pour les troubles qui surviennent plus tard, le tabou demeure. Selon l'Association française d'urologie, moins de 20 % des cas sont aujourd'hui pris en charge. De nombreuses femmes gèrent leurs petites fuites sans en parler à personne. Dans la discrétion. En utilisant des protège-slips, des serviettes hygiéniques, ou, quand elles sont bien informées, des protections adaptées. Cela protège mais

ne résout en rien le problème. Or c'est dès les premiers signes qu'il faut prendre les choses au sérieux et ne pas hésiter à en parler à son médecin traitant ou à son gynéco. S'il ne s'agit que de quelques gouttes, il prescrira le plus souvent des séances de rééducation périnéale à faire chez un kinésithérapeute ou chez une sage-femme. Si l'affaire lui semble plus sérieuse (fuites plus importantes, envies d'uriner irrésistibles, vie sociale gâchée par la crainte d'un accident...), il orientera vers un urologue pour réaliser un bilan complet. Combien de femmes sont concernées ? Difficile à dire, d'une étude à l'autre, les chiffres varient. Autour de la quarantaine, 15 % des femmes souffriraient de fuites urinaires, nombre qui atteindrait 18 % vers 50 ans. Selon d'autres statistiques, près d'une femme sur deux après 50 ans serait touchée, le plus souvent pour des petites fuites très occasionnelles.

DÉPASSER LA GÊNE, TROUVER LES MOTS POUR LE DIRE ET LA PERSONNE À QUI EN PARLER... POUR CELLES QUI SOUFFRENT DE FUITES URINAIRES, C'EST LE PREMIER PAS À FAIRE. ENSUITE, LE CHEMIN EST BIEN BALISÉ ET IL EXISTE TOUTE UNE PALETTE DE SOLUTIONS PERMETTANT DE RÉSOUDRE LE PROBLÈME ET DE CONSERVER CONFIANCE EN SOI ET FÉMINITÉ.

Par **Cendrine Barruyer-Latimier**

Pourquoi cette prédominance féminine ? Pour des raisons anatomiques tout d'abord. Le périnée, cette région anatomique qui va du coccyx au pubis, est traversé par trois conduits chez la femme (urètre, vagin, anus) contre deux seulement chez l'homme. Il est donc plus fragile. Les hormones aussi jouent un rôle. C'est pour cela qu'on observe un pic de survenue des troubles à la ménopause. « *La chute du taux d'œstrogènes modifie le tonus musculaire* », explique le Dr Adrien Vidart, urologue spécialisé dans l'incontinence et les troubles de la statique pelvienne de l'hôpital Foch. D'un côté, le sphincter, petit anneau musculaire qui ferme le méat urinaire, perd de sa tonicité. Cela peut faire apparaître une incontinence d'effort ou aggraver une incontinence préexistante. De l'autre, le muscle de la vessie perd de son élasticité, ce qui favorise le développement d'une hyperactivité vésicale (elle se contracte de façon anarchique) et l'apparition d'une urgenterie (envie pressante et incoercible d'aller uriner). →



...

CAUSES ET PRÉVENTION

On connaît aujourd'hui les causes de cette pathologie. Certaines sont génétiques. C'est injuste, mais c'est ainsi. « *Nous sommes toutes différentes, certaines femmes sont dotées d'un collagène de bonne qualité, d'autres ont des tissus de soutien plus fragiles*, observe le Dr Florence Cour, spécialisée en incontinence urinaire à l'hôpital Foch. *Si votre mère ou votre grand-mère étaient concernées, vos risques sont plus élevés.* » Soyez donc très vigilante. Qu'il s'agisse de quelques gouttes quand vous toussiez ou d'envies pressantes plus régulières, consultez rapidement.

Deux autres causes sont plus faciles à contrer : le tabagisme et le surpoids. Non seulement la cigarette favorise le vieillissement des tissus mais les fumeuses toussent plus que les non-fumeuses. Or les quintes de toux entraînent une contraction brutale des abdominaux, et donc des pressions violentes et répétées sur le périnée. Quant au surpoids, la raison est mécanique. Si l'abdomen et son contenu sont plus lourds, il exerce une force plus importante sur le périnée et le distend. Garder la ligne est donc un excellent moyen de réduire le risque d'incontinence à l'effort. D'autant plus que les règles d'hygiène de vie qui permettent de rester svelte (alimentation riche en fruits et légumes) sont aussi celles qui réduisent la constipation et le diabète, tous deux facteurs d'incontinence. La constipation parce que les efforts de poussée exercent une pression sur le périnée, le diabète parce que l'altération des petites fibres nerveuses qu'il entraîne favorise l'instabilité vésicale.

PÉRINÉE ET VIE SEXUELLE

Il peut arriver de petits incidents lors de l'acte amoureux. Soit parce qu'on a fait un mouvement ou un effort (pénétration ou changement de position) qui provoque une fuite.

Soit parce que, en cas d'hyperactivité de la vessie, l'émotion déclenche des contractions anarchiques du muscle vésical. Il existe aussi ce que l'on appelle les « fuites à l'orgasme ». Comme le fou rire, le trac ou encore la peur, l'orgasme entraîne une diminution du contrôle du cerveau sur la vessie et les sphincters. Pour prévenir ces incidents, il faut penser à bien vider sa vessie avant le rapport sexuel, changer lentement de position et surtout consulter son médecin afin qu'il prescrive des séances de rééducation ou un traitement. La bonne nouvelle avec la rééducation périnéale est que la tonicité du périnée a un lien direct avec l'orgasme. Pourquoi ? Parce que l'orgasme est en fait une série de contractions musculaires périnéales et intra-vaginales. Si les muscles sont atones, ils auront du mal à réagir à l'excitation. À l'inverse, plus on est musclée, plus l'orgasme est intense.

LE BILAN CLINIQUE, UNE ÉTAPE ESSENTIELLE

Et si malgré ces mesures de précaution des fuites se produisent ? Pas de doute, il faut agir. Car selon les causes, on ne traite pas de la même manière. « *On demande aux patientes de nous expliquer les circonstances de ces fuites. La discussion permet d'orienter le diagnostic* », précise le Dr Florence Cour. S'il n'y a pas d'incident pendant la nuit mais seulement dans des contextes spécifiques (rire, tousser, faire du jogging...) il s'agit très probablement d'une incontinence d'effort. Un examen clinique vessie

pleine, en position gynécologique, permet à la fois de confirmer le diagnostic, de tester la résistance du périnée, de vérifier qu'en repositionnant l'urètre à l'aide d'une pince placée de part et d'autre de celui-ci on parvient à empêcher les fuites à la toux. Si la manœuvre est concluante, cela signifie qu'une rééducation périnéale peut résoudre le problème [voir entretien ci-contre].

Si cette dernière ne suffit pas, la pose d'une bandelette sous-urétrale sera efficace. Mises au point en Suède en 1998, ces bandelettes constituées de fibres de polypropylène (bien toléré par l'organisme) sont devenues un traitement de référence. Elles sont en général implantées sous anesthésie générale, sous l'urètre, en passant par le vagin (TVT, *tension free vaginal tape*) et en guidant la bandelette par deux petites incisions sous le pubis. L'intervention est courte (15 à 30 minutes), l'hospitalisation dure 24 à 48 heures et la reprise du travail peut se faire au bout de quelques jours. Les activités sportives et les rapports sexuels sont en revanche proscrits pendant quatre semaines en moyenne. Une autre méthode (TOT, *trans-obturator tape*) recourt à des incisions dans le pli entre la cuisse et la vulve. Quelle que soit la méthode choisie, la bandelette forme un hamac sous l'urètre, le soutenant pendant l'effort afin d'éviter qu'il s'ouvre et empêcher toute fuite d'urine. Les taux de guérison sont de l'ordre de 85 à 90 % rappelle le Dr Cour. Une autre solution possible est l'insertion de deux ballonnets gonflables autour du col de la vessie. L'intervention dure environ 40 minutes et peut être réalisée en ambulatoire. Elle nécessite une semaine d'arrêt de travail. Les ballonnets sont gonflés après 6 semaines. « *Ces opérations ne sont proposées que si la rééducation ne donne pas de résultats suffisants* », insiste Florence Cour. →

En quoi consiste votre rôle dans le cadre d'une rééducation périnéale ?

Je commence par réaliser un bilan approfondi. Car la rééducation ne consiste pas seulement à muscler le périnée mais à lui redonner l'ensemble de ses fonctions. Il peut en effet être hypertonique (en contraction permanente...) et donc inefficace. Il va falloir tout d'abord apprendre à le détendre. Ensuite seulement on entreprendra les exercices pour le muscler.

Quelle est la différence entre rééducation manuelle et rééducation par électrostimulation ?

Le « manuel » est nécessaire au départ. Avec un ou deux doigts gantés dans le vagin, j'exerce des pressions et je vois comment réagissent les tissus. Je demande à la patiente de contracter son périnée. Une femme sur deux n'a aucune notion de ce que c'est et serre les fesses ou crise les abdominaux. La rééducation manuelle permet de corriger ces erreurs... Ensuite seulement on peut utiliser d'autres méthodes. L'électrostimulation avec sonde intra-vaginale, j'y ai recours dans deux cas. Pour les instabilités vésicales (vessie hyperactive) car cette méthode va permettre, au fil des séances, de « calmer » le muscle de la vessie. Et lorsque le périnée est tellement abîmé que les séances en manuel sont insuffisantes.

RÉÉDUCATION PÉRINÉALE... FAITES-VOUS DU BIEN !

EFFICACE, LA RÉÉDUCATION PERMET AUSSI DE PRÉVENIR LA DESCENTE D'ORGANES ET, BONUS, DES ORGASMES PLUS INTENSES ! LES CONSEILS DE CHRISTINE PINTO, KINÉSITHÉRAPEUTE, SPÉCIALISTE DE L'INCONTINENCE ET DES DOULEURS PELVIENNES.

Qu'est-ce que le biofeedback ?

On utilise la même sonde que pour l'électrostimulation mais avec des capteurs qui déterminent comment se contracte le muscle. La patiente voit sur un écran une courbe s'afficher qui représente son travail musculaire. Si la courbe monte, la contraction du périnée est efficace. Avec le biofeedback, la patiente voit également très bien si sa contraction tient suffisamment longtemps. Quoi qu'il en soit, le biofeedback seul, sans prise en charge manuelle préalable, est insuffisant. Il y a des petits défauts que seul le toucher permet de repérer.

On dit souvent qu'il faut continuer les exercices à la maison.

Pour les hypertonies, les patientes peuvent masser leur périnée et leur vagin avec des huiles ou des crèmes. Cela apaise la sécheresse vaginale, souvent présente à la ménopause, détend le périnée et facilite la rééducation. Pour les femmes qui souffrent de fuites à l'effort, sans hypertonie périnéale associée, je conseille les boules de geisha. On les

insère au fond du vagin, on serre et on essaye de les maintenir. L'objectif n'est pas de les garder deux heures mais de parvenir à tenir la contraction. Dès qu'elles tombent on les remonte pour éviter qu'elles viennent appuyer sur le périnée. Je préconise aussi des exercices pour faire travailler les muscles abdominaux profonds et le transverse abdominal. Le plus simple, c'est le gainage [voir ci-dessous], très efficace pour prévenir la descente d'organe et l'incontinence : quand le ventre est bien plat, les organes sont maintenus en place et exercent des forces beaucoup mieux équilibrées sur le périnée et sur la vessie. Attention en revanche aux autres abdos car, mal pratiqués, ils risquent au contraire de fragiliser le périnée ! Une fois la rééducation finie, rien de tel que de continuer à pratiquer quelques exercices chez soi, aussi bien pour booster le périnée que pour renforcer le transverse ! Cela prend quelques minutes par jour et le bénéfice en est immense.

Et pour les instabilités vésicales ?

L'électrostimulation est nécessaire mais elle n'est pas suffisante. À la maison, il faut aussi apprendre à maîtriser sa vessie. Quand le détrusor (muscle vésical) se contracte, on a envie de faire pipi. Mais si on serre les sphincters pendant 12 à 15 secondes, cela entraîne un réflexe inhibiteur et provoque l'arrêt de la contraction du détrusor. L'envie cesse immédiatement. Les patientes apprennent à ne plus courir aux toilettes mais au contraire à contracter leur périnée pour calmer la vessie. Peu à peu, elles gagnent en autonomie.

GAINER SES ABDOS, LE TRUC EN PLUS

L'exercice le plus simple consiste à se mettre au sol en appui sur les coudes et sur les pointes de pied, tout en conservant le corps parfaitement rectiligne. Même exercice en appui sur le coude droit et le pied droit, puis de l'autre côté.

LES 3 CAS RENCONTRÉS CHEZ LA FEMME

* L'incontinence d'effort

On observe des fuites d'urine lorsqu'on tousse, rit, saute, court ou porte une charge. En cause: la faiblesse du périnée qui ne parvient plus à se contracter suffisamment pour contrer les forces exercées sur lui. Elle touche plutôt les femmes jeunes (post-accouchement, sportives de haut niveau...).

* **L'urgenterie ou hyperactivité vésicale, ou encore incontinence par impériosité.** La vessie est en cause. Elle se contracte de manière inattendue et engendre une envie irrésistible d'uriner.

* L'incontinence mixte

Elle associe les deux formes précédentes. Elle prédomine à la ménopause.

Dans les cas où le bilan met en avant une réelle hyperactivité vésicale, le médecin dispose d'une large palette de solutions. La rééducation [voir page précédente] mais aussi les médicaments. Les classiques anticholinergiques agissent en bloquant les transmissions nerveuses entre les nerfs qui contrôlent la vessie et le muscle vésical, en bref, ils « décontractent » la vessie. Mais ils ont des effets secondaires désagréables (bouche sèche, constipation). De nouvelles molécules dépourvues de ces désagréments sont en cours d'enregistrement, « nous les attendons pour fin 2014 », espère le Dr Vidart.

Et si ça ne marche pas ? Il existe deux techniques permettant de « rééquilibrer » l'activité de la vessie. La première, qui fonctionne bien, est la neuromodulation : le chirurgien implante une électrode pour stimuler les nerfs sacrés. Ces derniers traversent le sacrum, à la base de la colonne vertébrale et innervent la zone pelvienne, les sphincters et la vessie. Les stimuler permet de rétablir la communication entre le cerveau et la vessie. Dix mille personnes sont implantées par an. « C'est une méthode réversible – on peut enlever le

boîtier en cas de problème –, efficace, avec 80 % de bons résultats, bien tolérée », souligne Florence Cour.

La seconde méthode est la TENS (transcutaneous electrical stimulation), stimulation électrique du nerf tibial (qui interagit avec le nerf sacré) à travers la peau. Elle nécessite l'implication de la patiente qui doit poser deux électrodes au niveau de la cheville pour stimuler le nerf tibial pendant 20 à 30 minutes tous les jours ou tous les deux jours pendant au moins trois mois. Il est possible de prolonger le traitement ou de le reprendre après une interruption si nécessaire.

Et pour les vessies qui résistent à tous les traitements ? Les injections de Botox® sont une solution. « Il n'y a d'AMM en France à ce jour que pour les vessies neurologiques [vessies affectées par une pathologie due à un dysfonctionnement du système nerveux, ndlr]. Seuls quelques centres de référence l'utilisent », précise le Dr Vidart. À raison d'une injection tous les six mois, on peut calmer les vessies trop actives. ♦

Pour en savoir plus, consultez le site de l'Association française d'urologie: urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/incontinence-urinaire-de-la-femme.html

STOP-PIPI

La technique du stop-pipi qui consiste à couper le jet d'urine pendant la miction est souvent utilisée par les femmes pour tester la vigueur de leur périnée après l'accouchement. On l'évite. Non seulement le stop-pipi favorise la rétention d'urine dans la vessie et donc les infections urinaires mais surtout l'exercice finit par perturber les mécanismes réflexes de déclenchement et de fin de miction.

♦♦♦

IL Y A TOUJOURS UNE SOLUTION

Souvent, l'incontinence urinaire de la ménopause est plus complexe. Associant une fragilité périnéale et une instabilité vésicale, elle nécessite un bilan complet. Ce dernier comporte un calendrier mictionnel – pendant deux ou trois jours on note tout ce qu'on urine –, et un bilan urodynamique – l'urologue remplit la vessie à l'aide d'une sonde (c'est indolore) afin de mesurer sa capacité, son fonctionnement et la qualité du sphincter de l'urètre.

« Dans 60 % des cas, le calendrier mictionnel suggère une vessie hyperactive, mais à l'examen urodynamique, on n'observe aucune anomalie », note le Dr Vidart. Il s'agit souvent de femmes qui ont eu une fois une fuite urinaire et qui ont tellement peur que cela recommence qu'elles vont tout le temps aux toilettes. La prise en charge de ce type d'incontinence passe par de la kinésithérapie comportementale : « La patiente apprend à dompter sa peur des fuites, à retenir son envie, à ne pas se précipiter aux toilettes. »

FAIRE PIPI ÇA S'APPREND !

Quoi de plus naturel que d'aller aux toilettes. Et pourtant ! Des erreurs peuvent fragiliser le périnée...

* Trop vite

On veut faire pipi plus vite, pour que ça dure moins longtemps. On « pousse » pour augmenter la pression.

* Trop délicate

On ne veut pas s'asseoir sur la cuvette, alors on reste à quelques centimètres au dessus. Résultat : les abdos sont contractés, le périnée crispé (hypertonique)...

* Trop décontractée

Les toilettes sont un salon de lecture. On s'assoit et on y reste des heures. Cette position exerce une pression longue et continue sur le périnée.