



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme
en médecine générale**

Recommandations

Mai 2003

Service des recommandations professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en mai 2003. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication

2, avenue du Stade de France 93218 Saint Denis La Plaine Cedex – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2004. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Sommaire

RECOMMANDATIONS	4
I. INTRODUCTION	4
I.1. Thème des recommandations	4
I.2. Gradation des recommandations	4
II. DÉFINITIONS	4
III. JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE D'UNE INCONTINENCE URINAIRE EN MÉDECINE GÉNÉRALE	5
IV. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UNE INCONTINENCE URINAIRE ET DE SON TYPE	7
IV.1. Diagnostic positif d'une incontinence urinaire	7
IV.2. Diagnostic du type d'incontinence urinaire	7
V. BILAN INITIAL À RÉALISER CHEZ UNE PATIENTE PRÉSENTANT UNE INCONTINENCE URINAIRE	7
V.1. Évaluation de l'incontinence urinaire et de son retentissement	7
V.2. Recherche d'une pathologie organique, d'une cause iatrogène, d'erreurs hygiéno-diététiques favorisant ou aggravant une incontinence urinaire	8
V.3. Examen clinique	8
V.4. Examens complémentaires à réaliser dans le bilan initial d'une incontinence urinaire chez la femme en médecine générale	8
VI. TRAITEMENT INITIAL DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME EN MÉDECINE GÉNÉRALE	9
VI.1. Traitement de l'incontinence urinaire d'effort	9
VI.2. Traitement de l'incontinence urinaire par impériosité	10
VI.3. Traitement de l'incontinence urinaire mixte	11
VI.4. Traitement de l'incontinence par regorgement	12
VI.5. Information sur les possibilités thérapeutiques à donner à la patiente	12
PARTICIPANTS	14
FICHE DESCRIPTIVE	17

RECOMMANDATIONS

I. INTRODUCTION

I.1. Thème des recommandations

Ces recommandations sont destinées à actualiser les recommandations sur l'incontinence urinaire publiées par l'Andem en 1995. Elles sont limitées à la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme de plus de 15 ans, non enceinte, à l'exclusion des incontinenances urinaires dues à des affections neurologiques et de l'énurésie.

Elles sont destinées aux médecins généralistes, aux gériatres, aux gynécologues, aux kinésithérapeutes et aux sages-femmes.

I.2. Gradation des recommandations

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations sont classées en grade A, B, ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

Les autres recommandations correspondent à un accord professionnel exprimé par le groupe de travail et le groupe de lecture.

II. DÉFINITIONS

L'incontinence urinaire est définie par toute fuite involontaire d'urine dont se plaint la patiente.

Les **formes cliniques les plus fréquentes chez la femme** sont l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence urinaire par impériosité et l'incontinence urinaire mixte :

- **l'incontinence urinaire d'effort** est caractérisée par une fuite involontaire d'urine, non précédée du besoin d'uriner, qui survient à l'occasion d'un effort tel que toux, rire, éternuement, saut, course, soulèvement de charges ou toute autre activité physique augmentant la pression intra-abdominale ;
- **l'incontinence urinaire par impériosité** est caractérisée par la perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent et irrésistible d'uriner aboutissant à une miction ne pouvant être différée ;
- **l'incontinence urinaire mixte** combine les deux types de symptômes, et souvent l'un des types de symptômes est plus gênant que l'autre pour la patiente.

L'incontinence urinaire par regorgement est une perte involontaire d'urine associée à une distension vésicale ou rétention vésicale chronique. Elle est due à un détrusor peu ou non contractile ou à une obstruction du col vésical ou de l'urètre qui laisse une vessie pleine en permanence. Ce type d'incontinence est rare chez la femme. Cependant une obstruction sous-cervicale peut apparaître à la suite d'un traitement chirurgical de l'incontinence d'effort, lors d'un prolapsus sévère d'un organe pelvien (cystocèle, prolapsus utérin), d'un fécalome.

Il existe des **incontinences liées à des causes externes à l'appareil urinaire** (absence d'anomalies vésico-sphinctériennes). Ce sont les incontinences dues à des troubles cognitifs, psychiques, métaboliques, à des causes iatrogènes, à des erreurs hygiéno-diététiques et/ou à une réduction de la mobilité (cf. §III).

III. JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE D'UNE INCONTINENCE URINAIRE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Il est justifié de **rechercher activement l'incontinence urinaire en médecine générale** car :

- sa prévalence est élevée (elle est estimée entre 10 et 53 % selon la population étudiée et la définition retenue de l'incontinence urinaire) ;
- elle diminue la qualité de vie ;
- peu de patientes consultent pour ce motif (beaucoup considèrent que l'incontinence urinaire accompagne le vieillissement ; la prise en charge diagnostique et thérapeutique est mal connue ; le sujet est tabou et les patientes attendent que le médecin aborde le sujet le premier) ;
- elle peut être symptomatique d'autres pathologies, qui peuvent bénéficier d'un traitement spécifique ;
- il existe des thérapeutiques efficaces.

Les **facteurs de risque** d'incontinence urinaire sont :

- l'augmentation de l'âge, en particulier pour l'incontinence urinaire par impériosité ;
- la ou les grossesses antérieures ;
- les antécédents d'accouchement par voie vaginale et de traumatismes gynéco-obstétricaux en général : forceps, ventouses, déchirures (le rôle aggravant ou protecteur de l'épisiotomie n'est pas prouvé) ;
- la parité (trois enfants ou plus) ;
- les antécédents de chirurgie pelvienne (hystérectomie) ou abdominale ;
- l'obésité ;
- l'activité physique intensive ;
- l'énurésie dans l'enfance.

L'incontinence urinaire peut également être **liée à ou aggravée par** :

- les infections urinaires basses à répétition ;
- la vaginite atrophique ;
- la constipation, le fécalome ;
- le diabète sucré ou insipide, et toutes les causes de polyurie ;

- les œdèmes en rapport avec une insuffisance cardiaque congestive ou une insuffisance veineuse (augmentation de la diurèse à certaines périodes, en particulier la nuit par redistribution nocturne des liquides) ;
- la bronchite chronique et toutes les causes de toux chronique ;
- l'existence d'une maladie neurologique ;
- toutes les causes de réduction de la mobilité, liées à une pathologie organique ou psychique (dépression, syndrome confusionnel) ;
- les troubles cognitifs ;
- l'altération de l'état général, quelle qu'en soit la cause ;
- la prise de médicaments favorisant l'incontinence urinaire, surtout en cas de polymédication :
 - diurétiques,
 - médicaments diminuant le tonus urétral (alpha-bloquants),
 - médicaments favorisant une rétention urinaire et une incontinence par regorgement (antidépresseurs imipraminiques, antipsychotiques, antiparkinsoniens, antihistaminiques, analgésiques morphiniques, alpha-sympathomimétiques — y compris en particulier certains médicaments vendus sans ordonnance comme les décongestionnants nasaux, bêta-sympathomimétiques, inhibiteurs calciques),
 - médicaments à effet sédatif (psychotropes, antihistaminiques et analgésiques morphiniques déjà cités, hypnotiques et anxiolytiques) ;
- des erreurs hygiéno-diététiques :
 - apports hydriques excessifs, voire potomanie, ou mauvaise répartition des prises liquidiennes dans la journée,
 - éventuellement consommation importante d'alcool, de café ou de boisson contenant de la caféine.

Certains de ces facteurs sont potentiellement réversibles et/ou peuvent bénéficier d'un traitement spécifique. Ils sont donc à rechercher systématiquement.

Il n'est pas prouvé que la ménopause soit un facteur de risque d'incontinence urinaire indépendant de l'âge et que le traitement hormonal substitutif améliore l'incontinence urinaire.

En raison de la multiplicité des facteurs déclenchant ou aggravant une incontinence urinaire et de leur prévalence, **il est recommandé de rechercher une incontinence urinaire** chez une femme consultant en médecine générale **lorsque le motif de consultation est** :

- en rapport avec la sphère uro-génitale, notamment lors d'un examen pré ou post-natal, lors d'une demande de contraception, ou lors d'une consultation de suivi de la ménopause ou pour troubles sexuels ;
- une toux chronique ;
- un diabète ;
- une constipation ou un trouble de la fonction ano-rectale (perte de matières fécales, impossibilité de retenir les gaz) ;
- un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport ;
- une atteinte neurologique.

IV. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UNE INCONTINENCE URINAIRE ET DE SON TYPE

IV.1. Diagnostic positif d'une incontinence urinaire

C'est un diagnostic d'interrogatoire : pour la mise en évidence d'une incontinence urinaire il est proposé d'utiliser une question simple, par exemple « Vous arrive-t-il d'avoir des pertes ou des fuites d'urine ? », sans utiliser le terme d'incontinence urinaire potentiellement disqualifiant pour la patiente.

IV.2. Diagnostic du type d'incontinence urinaire

Le diagnostic du type d'incontinence (d'effort, par impériosité ou mixte) est un **diagnostic d'interrogatoire**, qui ne préjuge pas de son mécanisme physiopathologique. Il est proposé de rechercher :

- des pertes d'urine quand la patiente tousse, éternue, saute, porte des charges, change de position, etc. ;
- des besoins impérieux (une pollakiurie de précaution ne doit pas être confondue avec une impériosité) ;
- l'association éventuelle des deux types de symptômes.

V. BILAN INITIAL À RÉALISER CHEZ UNE PATIENTE PRÉSENTANT UNE INCONTINENCE URINAIRE

V.1. Évaluation de l'incontinence urinaire et de son retentissement

Une fois posé le diagnostic clinique du type d'incontinence, il est recommandé :

- d'évaluer **le nombre approximatif de pertes quotidiennes d'urine** (nombre de changements de sous-vêtements par jour, nécessité d'une protection en dehors des règles, type et nombre de protections utilisées par jour) ;
- d'apprécier **la gêne liée à l'incontinence urinaire** ressentie par la patiente (limitation des activités sociales, sportives, etc., peur de l'aggravation ultérieure). Si on souhaite évaluer **le retentissement sur la qualité de vie** de la patiente par un questionnaire de qualité de vie validé, le questionnaire Contilife[®] et l'échelle Ditrovie[®] peuvent être proposés ;
- de rechercher **la date et les circonstances d'apparition** des troubles, en particulier pour les besoins impérieux (sont-ils apparus récemment, y a-t-il la notion d'énurésie dans l'enfance ?) ;
- de rechercher les antécédents gynéco-obstétricaux et chirurgicaux (cf. § III) ;
- de rechercher d'éventuels examens et traitements antérieurs de l'incontinence.

Le **catalogue mictionnel** est proposé en complément à l'interrogatoire. Il aide à estimer la fréquence des épisodes d'incontinence et les circonstances d'apparition des symptômes, et à faire prendre conscience à la patiente de ses symptômes. Il est rempli par la patiente, en dehors de la consultation, dans ses conditions normales de vie pendant

2 ou 3 jours, pas obligatoirement consécutifs (par exemple un jour de semaine, puis un jour de week-end).

V.2. Recherche d'une pathologie organique, d'une cause iatrogène, d'erreurs hygiéno-diététiques favorisant ou aggravant une incontinence urinaire

Il est recommandé de rechercher des symptômes ou signes associés qui orientent vers une pathologie organique susceptible de déclencher ou d'aggraver une incontinence urinaire et pouvant bénéficier d'un traitement spécifique :

- troubles mictionnels, par exemple pollakiurie, dysurie, hématurie (tumeur des voies urinaires excrétrices), brûlures urinaires (infection urinaire) ;
- polyurie (diabète, hypercalcémie), nycturie (œdèmes dus à une insuffisance veineuse ou à une insuffisance cardiaque congestive) ;
- irritation locale ou douleur pendant les rapports sexuels (vaginite atrophique) ;
- troubles du transit ou difficultés d'exonération (constipation voire fécalome) ;
- troubles sensitifs à type de dysesthésies, troubles sphinctériens anaux avec perte de sensation du passage des urines et des selles associés à une incontinence urinaire d'apparition récente associés ou non à des troubles sexuels (atteinte neurologique) ;
- syndrome confusionnel, troubles dépressifs, troubles cognitifs ;
- réduction de la mobilité.

Il est recommandé de rechercher une cause iatrogène et des erreurs hygiéno-diététiques qui peuvent majorer une incontinence urinaire (cf. § III).

V.3. Examen clinique

Il est recommandé :

- de réaliser, chez une patiente allongée, vessie « semi-pleine », **un examen uro-gynécologique** pour éliminer une fistule vésico-vaginale, rechercher un prolapsus génital et un globe vésical, évaluer lors du toucher vaginal la qualité du plancher pelvien et la force de contraction des muscles périnéaux ;
- de rechercher **une fuite d'urine provoquée** par des efforts répétés de toux ou de poussée, mais son absence lors de l'examen clinique n'élimine pas le diagnostic d'incontinence d'effort (en cas de prolapsus, cette recherche doit être effectuée avant et après réduction du prolapsus) ;
- de tester **la sensibilité périnéale** en cas de suspicion d'atteinte neurologique ;
- de réaliser **un examen clinique général** à la recherche d'une pathologie associée pouvant déclencher ou aggraver une incontinence urinaire.

V.4. Examens complémentaires à réaliser dans le bilan initial d'une incontinence urinaire chez la femme en médecine générale

- La **recherche d'une infection urinaire** par bandelette urinaire ou par examen cytobactériologique des urines (ECBU) est recommandée :
 - chez toute femme présentant une incontinence par impériosité ou mixte ;
 - chez toute femme âgée ou qui porte régulièrement des protections à cause de son incontinence urinaire, quel que soit le type de l'incontinence urinaire ;
 - avant la réalisation d'un bilan urodynamique ou d'une cystoscopie.
- Il est recommandé de **rechercher un résidu post-mictionnel** par échographie vésicale sus-pubienne plutôt que par sondage dans les cas suivants :
 - en cas d'incontinence d'effort ou mixte, uniquement si un traitement chirurgical est envisagé (la recherche systématique d'un résidu post-mictionnel

n'est pas recommandée avant la prescription en première intention d'une rééducation périnéo-sphinctérienne) ;

- en cas d'incontinence par impériosité ou mixte, uniquement si un traitement médicamenteux par anticholinergique est envisagé (dans ce cas la recherche d'un résidu post-mictionnel n'est proposée que si une rétention urinaire est suspectée et/ou s'il s'agit d'une patiente âgée).

Il a été démontré que la mesure quantitative du résidu post-mictionnel par échographie n'était pas fiable.

▪ Un **bilan urodynamique** n'est pas recommandé dans l'incontinence urinaire d'effort pour prescrire une rééducation périnéo-sphinctérienne. Il est proposé dans les cas suivants, éventuellement après avis spécialisé :

- si le diagnostic du type d'incontinence urinaire est incertain ou s'il est impossible de proposer un traitement de première intention après l'évaluation initiale (en particulier dans certains cas d'incontinence par impériosité ou mixte) ;
- en l'absence de disparition ou de soulagement de l'incontinence après un traitement anticholinergique de première intention en cas d'incontinence par impériosité ;
- si une intervention chirurgicale est envisagée en cas d'incontinence urinaire d'effort ;
- en présence ou en cas de suspicion d'une pathologie associée (difficulté persistante à vider la vessie, résidu post-mictionnel, antécédents de chirurgie pour incontinence urinaire, antécédents de chirurgie ou d'irradiation pelvienne, prolapsus génital important de stade 3 ou 4, atteinte neurologique).

▪ Une **cystoscopie** n'est pas recommandée dans le bilan initial d'une incontinence urinaire, sauf si une pathologie tumorale associée est suspectée, par exemple devant des infections urinaires à répétition ou une hématurie.

▪ L'**échographie du haut appareil urinaire** et l'**urographie intraveineuse** ne sont pas recommandées dans le bilan initial d'une incontinence urinaire. Les données fournies par ces examens complémentaires ne modifient pas la décision thérapeutique.

VI. TRAITEMENT INITIAL DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME EN MÉDECINE GÉNÉRALE

VI.1. Traitement de l'incontinence urinaire d'effort

▪ **La rééducation périnéo-sphinctérienne, seule ou associée au *biofeedback* ou à l'électrostimulation, est recommandée dans l'incontinence d'effort.** L'utilisation de plusieurs techniques rééducatives semble plus efficace que la pratique d'une seule (grade B pour la rééducation périnéo-sphinctérienne, grade C pour le *biofeedback* ou l'électrostimulation). Cette rééducation peut être effectuée par un kinésithérapeute ou une sage-femme.

Elle est proposée en première intention chez une patiente motivée, sans troubles cognitifs et valide, sauf en cas d'incontinence urinaire d'effort très invalidante qui peut bénéficier d'emblée d'un traitement chirurgical après avis spécialisé.

En l'absence de disparition ou d'amélioration des symptômes après une rééducation bien conduite (10 à 20 séances), il est recommandé de prendre un avis spécialisé, afin d'envisager les possibilités d'un éventuel traitement chirurgical.

▪ **Un traitement pharmacologique par anticholinergique n'est pas recommandé dans l'incontinence urinaire d'effort sans symptômes d'impériosité associés.**

VI.2. Traitement de l'incontinence urinaire par impériosité

VI.2.1. Traitements comportementaux et rééducation

Les **traitement comportementaux** (adaptation des apports liquidiens, reprogrammation mictionnelle, tenue d'un calendrier mictionnel), la **rééducation périnéo-sphinctérienne** et l'**électrostimulation fonctionnelle** (avec des fréquences de courant visant à inhiber le détrusor) **sont recommandés** (grade C).

Ces différentes modalités peuvent être associées afin de réaliser une rééducation visant à inhiber les contractions vésicales. **Elles peuvent être proposées en première intention** chez une patiente motivée, sans troubles cognitifs et valide.

VI.2.2. Traitement pharmacologique

▪ **Un traitement par anticholinergique peut également être proposé en première intention ou après échec d'un traitement comportemental et/ou d'une rééducation** (grade B). Il est prescrit :

- après élimination d'une infection urinaire et d'une rétention urinaire ;
- en l'absence de contre-indications à l'utilisation des anticholinergiques et en l'absence d'un traitement par anticholinestérasiques déjà en cours.

Il peut être associé à la tenue d'un calendrier mictionnel et à des mesures éducatives (répartition des boissons dans la journée, adaptation des horaires de prise des médicaments diurétiques).

▪ **L'oxybutynine ou la toltérodine ou le chlorure de trospium sont recommandés** (grade B). Ils ont montré une efficacité modérée, mais significativement supérieure à un placebo pour faire disparaître ou soulager l'incontinence urinaire par impériosité (diminution moyenne d'environ 1 épisode d'incontinence urinaire par période de 48 heures). Il est probable que la toltérodine et le chlorure de trospium soient mieux tolérés que l'oxybutynine. Même si les 3 anticholinergiques ont une autorisation de mise sur le marché pour le traitement de l'incontinence par impériosité, les seuls produits actuellement remboursés par l'assurance maladie sont l'oxybutynine et le chlorure de trospium.

Pour l'oxybutynine, la posologie initiale est celle recommandée par le résumé des caractéristiques du produit, tel qu'il figure dans le dictionnaire Vidal[®], soit 2,5 milligrammes, 3 fois par jour. Il est possible d'augmenter cette posologie par autotitration jusqu'à 5 milligrammes, 3 fois par jour, en raison de la variabilité inter-individuelle de la dose efficace.

L'**efficacité maximale** de l'oxybutynine, de la toltérodine et du chlorure de trospium étant **atteinte après 5 à 8 semaines de traitement**, il est recommandé de **ne pas interrompre le traitement plus tôt** si la tolérance est acceptable (grade B). En revanche, en cas de mauvaise tolérance, un changement d'anticholinergique est recommandé.

Il n'existe pas de données dans la littérature pour proposer une durée maximale de traitement tant que la tolérance est acceptable.

Compte tenu du risque de rétention vésicale sous oxybutine, toltérodine et chlorure de trospium, il est recommandé de surveiller l'apparition d'un globe vésical, surtout chez les patientes âgées fragilisées.

- **En l'absence d'efficacité** d'un traitement anticholinergique **après 1 ou 2 mois**, deux possibilités sont à envisager :
 - si le traitement anticholinergique a été prescrit après réalisation d'un bilan urodynamique, il est proposé d'essayer un nouvel anticholinergique. En cas d'échec du deuxième anticholinergique, un avis spécialisé est recommandé ;
 - si le traitement anticholinergique a été prescrit sans réalisation préalable d'un bilan urodynamique (« traitement d'épreuve »), il est recommandé de réaliser un bilan urodynamique et de prendre un avis spécialisé pour décider de la suite du traitement.
- Dans le cas particulier de la **personne âgée fragilisée**¹, il est proposé de plus :
 - de faire préalablement au traitement une évaluation des fonctions cognitives et de les surveiller au cours du traitement anticholinergique ;
 - de réaliser une échographie vésicale par voie sus-pubienne pour éliminer un résidu post-mictionnel avant de prescrire un anticholinergique ;
 - de diminuer la posologie initiale de l'oxybutynine, de la toltérodine et du chlorure de trospium de moitié par rapport aux posologies indiquées, et pour l'oxybutynine d'espacer les prises (2 prises au lieu de 3, une le matin, une le soir) ;
 - de surveiller particulièrement l'apparition d'un globe vésical.

VI.3. Traitement de l'incontinence urinaire mixte

Il est proposé **en première intention** :

- une rééducation périnéo-sphinctérienne isolée ou associée à une électrostimulation fonctionnelle, à un *biofeedback* ou à des traitements comportementaux, en fonction des symptômes les plus gênants pour la malade, **et/ou**
- un traitement anticholinergique.

¹ En absence de définition standard, la fragilité peut être définie comme un état médico-social instable rencontré à un moment donné de la vie d'une personne âgée. Les principales caractéristiques d'une personne âgée fragilisée sont : l'âge supérieur à 85 ans, la polymédication, l'altération des fonctions cognitives, la dépression, la dénutrition, les troubles neurosensoriels, l'instabilité posturale, la sédentarité, la perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne et l'isolement socio-familial.

En l'absence de disparition ou de soulagement de l'incontinence urinaire après une rééducation bien conduite (10 à 20 séances) et/ou d'un traitement anticholinergique pendant 5 à 8 semaines, il est recommandé de réaliser un bilan urodynamique et de prendre un avis spécialisé.

VI.4. Traitement de l'incontinence par regorgement

Il est recommandé de prendre un avis urologique pour établir la stratégie des examens complémentaires nécessaires au diagnostic du mécanisme du regorgement et pour décider du type de traitement.

VI.5. Information sur les possibilités thérapeutiques à donner à la patiente

Il est nécessaire d'informer la patiente des différentes possibilités thérapeutiques afin d'aboutir à une décision partagée. Le but de cette information est de faire comprendre à la patiente que le choix du traitement dépend du type d'incontinence, de la gêne qu'elle ressent et de ses souhaits, en fonction des contraintes thérapeutiques.

- En cas d'incontinence urinaire d'effort, la patiente est informée et rassurée sur les modalités précises de la rééducation périnéo-sphinctérienne : toucher vaginal avec *testing* musculaire, utilisation éventuelle d'une sonde intra-vaginale pour l'électrostimulation ou le *biofeedback* (à prescrire), nombre de séances initiales (10 à 20), nécessité éventuelle de prolongation après évaluation au terme des séances initiales. Il est recommandé d'insister sur l'importance d'un travail personnel d'autorééducation entre chaque séance de rééducation.

La patiente est également informée des possibilités de la chirurgie, soit d'emblée (par exemple en cas d'incontinence d'effort vécue comme très invalidante par la patiente), soit après échec de la rééducation périnéo-sphinctérienne. Les différentes interventions proposées dépendent du mécanisme de l'incontinence urinaire (défaut de soutien du col vésical ou de l'urètre, ou insuffisance sphinctérienne) et ne se limitent pas aux interventions de type TVT.

- En cas d'incontinence urinaire par impériosité, la patiente est informée de l'intérêt de l'adaptation des apports liquidiens, des modalités de la reprogrammation du comportement mictionnel (y compris celles de la tenue d'un catalogue mictionnel), des autres modalités de la rééducation (électrostimulation, rééducation périnéo-sphinctérienne) et des avantages et inconvénients des différents anticholinergiques.

Si un traitement par anticholinergique est envisagé, la patiente est prévenue des effets secondaires (sécheresse buccale, constipation, troubles cognitifs), du délai d'apparition de l'efficacité maximale (qui peut aller jusqu'à 5 à 8 semaines) et de la nécessité de consulter en l'absence d'efficacité après ce délai (surtout s'il s'agit d'un traitement anticholinergique « d'épreuve » prescrit sans bilan urodynamique préalable) ou en cas d'infection urinaire ou de difficultés à uriner.

En deuxième intention, en cas d'échec des traitements précédents, la patiente est informée de la possibilité d'autres thérapeutiques telles qu'une neuromodulation des racines sacrées, après demande d'un avis urologique.

- En cas d'incontinence mixte, la patiente est informée des différentes possibilités thérapeutiques (rééducation, traitement anticholinergique) en fonction des symptômes présentés.
- En cas d'incontinence par regorgement, la patiente est informée de la nécessité d'un avis urologique pour connaître le mécanisme à l'origine de l'incontinence et décider du type de traitement.
- Quel que soit le type de l'incontinence, il est recommandé de bien informer la patiente du rôle potentiellement aggravant sur l'incontinence urinaire et les troubles mictionnels des médicaments cités au paragraphe III, en particulier de ceux pris sans ordonnance, et de l'aider à identifier les facteurs hygiéno-diététiques qui peuvent majorer l'incontinence (apports liquidiens excessifs, consommation de boissons alcoolisées ou contenant de la caféine, etc.).

PARTICIPANTS

Les recommandations sur la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale ont été élaborées sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, à la demande de la Direction générale de la santé.

Elles actualisent les recommandations sur la prise en charge de l'incontinence urinaire en médecine générale, publiées par l'Andem en 1995.

Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour participer à leur élaboration :

- Association des sages-femmes enseignantes françaises
- Association française d'urologie
- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie
- Centre de documentation et de recherche en médecine générale
- Collège national des généralistes enseignants
- Société de formation thérapeutique du généraliste
- Société française d'urologie
- Société française de médecine générale
- Société française de médecine physique et réadaptation

La méthode de travail utilisée a été celle décrite dans le guide « Les Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France », publié en 1999 par l'Anaes.

L'ensemble du travail a été coordonné par M^{me} le Dr Marie-Christine MIGNON et M^{me} le D^r Christine GEFFRIER D'ACREMONT, chefs de projet, sous la direction de M. le D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Christine DEVAUX et M^{me} Mireille CECCHIN, documentalistes, avec l'aide de M^{me} Nathalie HASLIN et M^{me} Renée CARDOSO, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service documentation.

Le secrétariat a été réalisé par M^{lle} Laetitia GOURBAIL.

L'Anaes tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

P^r Gérard AMARENCO, médecine physique et réadaptation, Paris

D^r Isabelle de BECO, médecin généraliste, Paris

M. Jean-Claude BRUN, kinésithérapeute, Lavoute-Chilhac

P^r Max BUDOWSKI, médecin généraliste, Vincennes

D^r Annie CATU-PINAULT, médecin généraliste, Paris

D^r Christine GEFFRIER D'ACREMONT, chef de projet, Anaes, Saint-Denis

P^r Michel LE GUILLOU, urologue, Bordeaux

P^r François RICHARD, urologue, Paris

M^{me} Sylvie SCHRUB, sage-femme, Paris

GROUPE DE TRAVAIL

D^f Éric DRAHI, médecin généraliste, Saint-Jean-de-Braye – président du groupe de travail

D^f Ana-Maria CHOUILLET, épidémiologiste, Nantes – chargé de projet

D^f Christine GEFFRIER D'ACREMONT, chef de projet, Anaes, Saint-Denis

P^f Gérard AMARENCO, médecine physique et réadaptation, Paris

D^f Gérard ANDREOTTI, médecin généraliste, La Crau

D^f Danièle CAMUZEUX, médecin généraliste, Bois-d'Arcy

M. Patrick DEVILLERS, kinésithérapeute, Roubaix

P^f Régis GONTHIER, gériatre, Saint-Étienne

D^f Jean-Pierre JACQUET, médecin généraliste, Saint-Jean-d'Arvey

M^{me} Sophie JANIN, sage-femme, Charbonnière-les-Bains

D^f Jean-Jacques LABAT, médecine physique et réadaptation, Nantes

P^f François RICHARD, urologue, Paris

D^f Nicole ROSTAN, gynécologue, Pontoise

GROUPE DE LECTURE

D^f Élisabeth BACHELARD-COPPIN, médecin généraliste, Bussy-Saint-Georges

D^f Patrick BASTIEN, médecin généraliste, Gérardmer – membre du Conseil scientifique de l'Anaes

D^f Pacal BERCEGEAY, médecin généraliste, Orvault

D^f Patrick BERTRAND, urologue, Roubaix

D^f Marie-Ange BLANCHON, gériatre, Saint-Étienne

D^f Philippe BOURGEOT, gynécologue-obstétricien, Villeneuve-d'Ascq

M. Claude BRAIZE, kinésithérapeute, Saint-Étienne

P^f Jean-Marie BUZELIN, urologue, Nantes

D^f Crystel CADAUREILLE, médecin généraliste, Bormes-les-Mimosas

Dr Jean-Michel CASANOVA, urologue, Paris

D^f Annie CATU-PINAULT, médecin généraliste, Paris

D^f Jean-Marc CHARPENTIER, médecin généraliste, Montbert

P^f Emmanuel CHARTIER-KASTLER, urologue, Paris

D^f Raphaël CHERBONNEAU, médecin généraliste, alcoologue, Paris

M^{me} Dominique DANIEL, sage-femme, Caen

D^f Jean-Dominique DOUBLET, urologue, Paris

D^f Joëlle FAGES-POLGE, médecin généraliste, Salie-du-Salat

D^f Brigitte FATTON, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand

M^{me} Roxane FORNACCIARI, Afssaps, Saint-Denis

D^f Françoise FOULON-CARREZ, Afssaps, Saint-Denis

D^f Françoise GAILLANT, médecin généraliste, Bassens

D^f Pierre GALLOIS, interniste, Macon

D^f Jean-Michel GARNIER, gynécologue-obstétricien, Saint-Herblain

D^f Sylvie GILLIER-POIRIER, médecin généraliste, Saint-Sébastien-sur-loire

M^{me} Anne-Marie GIRARDOT, sage-femme, Valenciennes

M. Dominique GROSSE, kinésithérapeute, Mulhouse

D^f Claire GROSSHANS, gériatre-rééducation fonctionnelle, Mulhouse

M. Michel GUERINEAU, kinésithérapeute, Nantes

D^f Marie-Françoise HUEZ-ROBERT, médecin généraliste, Chambray-lès-Tours

M^{me} Paule INIZAN-PERDRIX, sage-femme, Lyon

P^f Bernard JACQUETIN, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand

D^f Yves LE NOC, médecin généraliste, Nantes

D^f Jacques MERMET, gynécologue-obstétricien, Chambéry

D^f Françoise PFLIEGER-GROS, homéopathe, Amplepuis

P^f Gilberte ROBAIN, médecine physique et réadaptation, Ivry-sur-Seine

M^{me} Fanny RUSTICONI, masseur-kinésithérapeute-rééducateur, Paris
D^r Patrick SCHLAGETER, médecin généraliste, Marckolsheim
M. Guy VALANCOGNE, kinésithérapeute, Lyon

D^r Jean-Pierre VALLEE, médecin généraliste, Blainville-sur-Orne
D^r Jacques WAGNER-BALLON, médecin généraliste, Joué-lès-Tours

FICHE DESCRIPTIVE

TITRE	Prise en charge d'incontinence urinaire de la femme en médecine générale
Type de document	Recommandation pour la pratique clinique
Date de validation	Mai 2003
Objectif(s)	<p>Répondre aux questions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faut-il rechercher l'incontinence urinaire ? Si oui, chez quelles femmes, dans quelles circonstances et comment ? 2. En plus des anomalies de la fonction vésico-sphinctérienne, quelles sont les pathologies organiques ou les causes iatrogènes qui peuvent déclencher ou aggraver une incontinence urinaire ? 3. Une fois le diagnostic d'incontinence urinaire porté, quelles décisions prendre ? 4. Quelle stratégie d'examen complémentaires prescrire ? 5. En cas d'incontinence urinaire, comment quantifier le retentissement ? 6. Quelles sont les modalités thérapeutiques et quelle stratégie thérapeutique adopter en médecine générale ? Un traitement pharmacologique d'épreuve est-il licite ? Comment ? Chez quelles patientes ? 7. Quelles informations le médecin généraliste peut-il apporter à sa patiente sur les traitements de l'incontinence urinaire : rééducation, chirurgie, médicaments ?
Professionnel(s) de santé concerné(s)	Médecins généralistes
Demandeur	Direction générale de la santé
Promoteur	Anaes (service des recommandations professionnelles)
Pilotage du projet	<p>Coordination : Dr Christine GEFRIER-d'ACREMONT, chef de projet, service des recommandations professionnelles de l'Anaes (chef de service : Dr Patrice DOSQUET) Secrétariat : Melle Laetitia GOURBAIL Recherche documentaire : Mme Christine DEVAUX et Mme Mireille CECCHIN, avec l'aide de Mme Nathalie HASLIN et Mme Renée CARDOSO, service de documentation de l'Anaes (chef de service : Mme Rabia BAZI)</p>
Participants	<p>Sociétés savantes Comité d'organisation Groupe de travail (président : D^r Éric DRAHI, médecin généraliste, Saint-Jean-de-Braye) Groupe de lecture cf. liste des participants</p>

Recherche documentaire	Recherche documentaire effectuée par le service de documentation de l'Anaes (période de recherche : Janvier 1991 – Mai 2002)
Auteurs de l'argumentaire	Chargé de projet : D ^r Ana-Maria CHOUILLET, épidémiologiste, Nantes Dr Christine GEFFRIER-d'ACREMONT, chef de projet, service des recommandations professionnelles de l'Anaes
Auteurs des recommandations	Groupe de travail, accord du groupe de lecture
Validation	Validation par le Conseil scientifique de l'Anaes en mai 2003
Autres formats	Fiche de synthèse et argumentaire des recommandations téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr