

BI-21.016F

Les fuites urinaires

JAN YPERMAN ZIEKENHUIS





DONNÉES PATIENT

Étiquette patient

DONNÉES SOINS À DOMICILE

Nom + prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Cette brochure d'information a été rédigée avec le plus grand soin. Elle contient des informations générales et est destinée à compléter l'entretien avec votre prestataire de soins. Le Centre hospitalier Jan Yperman ASBL, ses médecins et ses collaborateurs déclinent toute responsabilité en cas d'erreurs ou d'omissions dans cette brochure.

Vous pouvez envoyer vos remarques et/ou suggestions à communicatie@yperman.net.

Table des matières

introduction	3
Types de fuites urinaires	4
• Incontinence à l'effort	4
• Incontinence d'urgence	4
• Incontinence mixte	4
Examens	5
Traitement	6
• Traitement de l'incontinence à l'effort	6
• Traitement de l'incontinence d'urgence	9



Vous avez encore des questions ?
Posez-les à votre médecin traitant ou à un·e infirmier·ère.



Les fuites urinaires sont un problème courant chez les femmes qui a un impact important sur la vie quotidienne. 30 à 50 % des femmes souffrent de fuites urinaires à un moment donné de leur vie. Cette brochure fournit des informations sur les types de fuites urinaires les plus courants et leurs options de traitement.

Types de fuites urinaires

Incontinence à l'effort

L'incontinence à l'effort (ou fuites urinaires liées à l'effort) est la perte involontaire d'urine lors de certaines activités, telles que la toux, l'éternuement, le rire, le soulèvement de charges ou la pratique du sport. Elle résulte d'un soutien insuffisant de l'urètre, le rendant « hypermobile ». Ce problème touche 10 à 20 % des femmes. Les facteurs de risque sont entre autres :

- les grossesses et les accouchements (multiples/difficiles)
- le soulèvement fréquent de charges lourdes
- la constipation chronique
- la toux chronique
- les troubles héréditaires du tissu conjonctif
- la ménopause
- le vieillissement

Incontinence d'urgence

L'incontinence d'urgence est la perte involontaire d'urine associée à une envie soudaine et intense d'uriner. Elle s'accompagne souvent de mictions fréquentes (frequency) et de mictions nocturnes (nycturie). Ce problème concerne 10 à 30 % des femmes et augmente avec l'âge. Les facteurs de risque sont entre autres :

- l'obésité
- la ménopause
- le vieillissement
- certaines pathologies telles que le diabète, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques

Incontinence mixte

Vous souffrez à la fois d'incontinence à l'effort et d'incontinence d'urgence ? Nous parlons alors d'incontinence « mixte ». Dans ce cas, nous traitons d'abord le type de fuites urinaires qui vous gêne le plus ou qui se produit le plus souvent.

Examens

- **Un examen clinique** est réalisé afin de déterminer l'incontinence à l'effort. Au cours de cet examen, nous vous demanderons de tousser avec une vessie pleine. Cela permet au médecin d'évaluer les pertes urinaires et la mobilité de l'urètre. D'autres affections telles que la sécheresse vaginale ou un prolapsus peuvent également être identifiées lors de cet examen.
- **Une échographie du plancher pelvien** peut être réalisée en complément afin d'évaluer la mobilité de l'urètre. Une sonde à ultrasons placée contre la vulve permet de visualiser les muscles du plancher pelvien et le sphincter de l'anus. Au cours de cet examen, nous vous demanderons de pousser et de contracter les muscles du plancher pelvien.
- **L'uroflow** est utilisé pour analyser votre flux d'urine. Dans le cabinet de votre médecin, vous urinez sur des toilettes spéciales équipées d'un support qui enregistre votre flux d'urine. Ensuite, nous vérifions à l'aide d'une échographie si votre vessie est suffisamment vide.
- **Un examen urodynamique** permet de cartographier plus précisément le fonctionnement de votre vessie, ce qui peut s'avérer nécessaire en cas de troubles urinaires spécifiques. Pour cet examen, de fines sondes sont insérées dans l'urètre et le rectum afin de mesurer la pression dans la vessie et l'abdomen. Ensuite, votre vessie est progressivement remplie d'eau stérile. Nous vous demanderons d'indiquer quand vous ressentez une première envie forte et irrésistible d'uriner. En même temps, les sondes enregistrent la réaction de votre vessie à ce remplissage. Nous vous demanderons également de tousser pour déterminer s'il y a des fuites d'urine. Ensuite, nous vérifierons la façon dont vous urinez et si votre vessie est complètement vide. Cet examen a lieu au service Urologie.

Traitement

Le traitement varie en fonction du type de fuites urinaires.

Traitement de l'incontinence à l'effort

Kinésithérapie

La kinésithérapie du plancher pelvien aide à renforcer les muscles du plancher pelvien, qui font partie du soutien de l'urètre. Environ **75 % des patientes** souffrant d'incontinence à l'effort constatent une **nette amélioration** après cette thérapie. L'effet est généralement **perceptible après 3 à 6 mois** de traitement. Pour obtenir un résultat durable, il est important de continuer à pratiquer régulièrement les exercices appris.

Un kinésithérapeute spécialisé vous aidera à contracter et relâcher correctement les muscles du plancher pelvien. Consultez un kinésithérapeute expérimenté en thérapie du plancher pelvien. Votre médecin peut vous fournir une liste des kinésithérapeutes spécialisés dans votre région.

Œstrogènes vaginaux

La vessie, l'urètre, les muscles du plancher pelvien et le tissu de soutien des organes pelviens dépendent de l'hormone féminine **œstrogène**. Après la ménopause, la production d'œstrogène diminue fortement. Cela rend l'urètre plus sec et affaiblit les muscles du plancher pelvien et le tissu conjonctif qui soutient l'urètre. Cela peut provoquer ou aggraver les fuites urinaires.

Les œstrogènes vaginaux permettent de réduire les fuites urinaires en augmentant localement la quantité d'œstrogènes. Ils sont disponibles sous forme de comprimés, de crème ou de gel. Après un traitement initial de courte durée (où vous prenez les œstrogènes quotidiennement pendant environ deux semaines), il suffit de prendre les œstrogènes **deux fois par semaine** avant le coucher. Comme les œstrogènes vaginaux agissent localement et ne sont absorbés que dans une mesure limitée dans la circulation sanguine, **ils n'augmentent pas de manière significative le risque de cancer du sein ou de thrombose**. Les œstrogènes vaginaux n'agissent que localement et ne sont pas absorbés dans la circulation sanguine. Ils n'augmentent donc pas le risque de cancer du sein ou de thrombose.

Pessaire urétral

Un pessaire urétral est un anneau vaginal muni d'un bouton qui est placé **dans le vagin** et **soutient l'urètre**, prévenant ainsi l'incontinence à l'effort.

Un examen vaginal permet de déterminer la taille correcte du pessaire. Un pessaire bien ajusté est imperceptible, n'occasionne aucune gêne lors de la miction ou de la défécation, soulage les symptômes du prolapsus et empêche les pertes urinaires. Il est

Vous êtes satisfaite du pessaire ?

Dans ce cas, vous pouvez l'utiliser de façon prolongée (souvent pendant des années).

Vous n'êtes plus satisfaite du pessaire ?

Dans ce cas, vous pouvez à tout moment opter pour un autre traitement.



parfois nécessaire d'essayer plusieurs tailles ou types de pessaires avant de trouver celui qui vous convient le mieux.

Manipuler le pessaire soi-même

En général, un contrôle semestriel, au cours duquel le pessaire est retiré, nettoyé et remis en place, suffit. Entre-temps, le pessaire peut rester en place, même pendant les rapports sexuels (vous ou votre partenaire pouvez le sentir, mais cela ne devrait pas être gênant).

En fonction du type de pessaire et de vos préférences, vous pouvez également retirer et remettre le pessaire vous-même (ce qui nécessite un suivi moins fréquent) :

- 1 Retrait :** Insérez un doigt dans le vagin et tirez le pessaire d'un mouvement souple vers le bas.
- 2 Nettoyage :** Il est normal qu'une partie des pertes vaginales adhère au pessaire. Rincez-le à l'eau du robinet. Vous pouvez utiliser un savon doux, mais rincez bien dans ce cas.
- 3 Remise en place :** Appliquez du lubrifiant au niveau de l'entrée du vagin et éventuellement sur le pessaire lui-même. Utilisez de préférence un lubrifiant à base d'eau, comme le gel K-Y (disponible en pharmacie). Trouvez une position confortable (par exemple, allongée, accroupie ou avec une jambe sur une chaise) ; la décontraction facilite la remise en place du pessaire. Écartez ensuite les lèvres d'une main, tout en remplaçant le pessaire de l'autre. Veillez à ce que le bouton du pessaire soit orienté vers le bas. Poussez le pessaire aussi profondément que possible dans le vagin.

Effets indésirables

- Un pessaire provoque souvent une **augmentation des pertes vaginales** qui ont une couleur jaune-vert typique. C'est normal et sans danger.
- L'utilisation prolongée d'un pessaire peut entraîner la formation d'un tissu de granulation (chair sauvage), parfois à l'origine de **pertes de sang**. Consultez votre

médecin en cas de saignements anormaux (par exemple après la ménopause ou entre les règles).

Médicaments

La **duloxétine** est un médicament qui renforce l'action du muscle sphincter de l'urètre, ce qui peut réduire les fuites urinaires.

Chez **30 à 40 % des patientes** souffrant d'incontinence à l'effort, la duloxétine apporte une amélioration notable. Les effets indésirables possibles sont les suivants : **nausées, maux de tête, vertiges et somnolence**. Une augmentation progressive de la dose permet de limiter ces effets indésirables. La duloxétine peut augmenter légèrement la tension artérielle. Vous souffrez d'hypertension ou de problèmes cardiaques ? Dans ce cas, surveillez davantage votre tension artérielle.

Opération du sling

La mise en place d'un **sling synthétique** (bandelette) soutenant l'urètre permet également de remédier à l'incontinence à l'effort.

Quelque **90 %** des personnes souffrant d'incontinence à l'effort **n'ont plus de fuites urinaires** après la mise en place d'un sling. De plus, l'effet est **permanent** : le sling est fabriqué en matière synthétique et est donc plus résistant que votre propre tissu.

L'opération du sling est réalisée à l'**hôpital de jour**. Le **rétablissement** après cette intervention se déroule généralement **sans problème**. Pendant les **4 à 6 premières semaines**, les efforts physiques intenses (soulèvement de charges lourdes, pratique intensive du sport...) sont déconseillés. Les activités légères telles que la marche, le vélo, la montée d'escaliers et les tâches ménagères sont autorisées. Pour permettre à la plaie vaginale de bien cicatriser, il est **déconseillé** de **nager, prendre des bains, utiliser des tampons et avoir des rapports sexuels** pendant six semaines.

La mise en place d'un sling synthétique (bandelette) sous l'urètre permet également de remédier à l'incontinence à l'effort.

Les complications possibles de l'intervention sont les suivantes :

- **Douleur à l'aine** due à l'ancrage de la bandelette dans le bassin. Celle-ci disparaît généralement dans les deux semaines et peut être soulagée par des analgésiques.
- **Cystite** : survient chez environ 5 % des patientes suite à la mise en place temporaire d'une sonde vésicale au cours de l'opération.
- **Des difficultés à uriner surviennent chez moins de 5 % des patientes** et il s'agit généralement d'un problème temporaire, dû au gonflement autour de l'urètre.
- **Exposition de la bandelette (« exposition »)** dans le vagin, provoquant parfois des douleurs ou des pertes de sang.

- **Une incontinence d'urgence nouvelle ou aggravée** touche jusqu'à 20 % des patientes, en particulier celles qui présentaient déjà ces symptômes avant l'opération.

Traitement de l'incontinence d'urgence

Hygiène des boissons

Éviter la caféine, l'alcool et les boissons gazeuses peut améliorer les symptômes.

Œstrogènes vaginaux

L'**œstrogénothérapie locale** aide à améliorer le fonctionnement de la vessie et à réduire les symptômes de l'incontinence d'urgence.

Voir aussi sous le titre « Traitement de l'incontinence à l'effort - œstrogènes vaginaux ».

Entraînement vésical

L'**entraînement vésical** permet d'améliorer le contrôle de la vessie. Un kinésithérapeute spécialisé vous apprendra à allonger progressivement l'intervalle entre deux passages aux toilettes afin d'augmenter la capacité de votre vessie.

Votre kinésithérapeute vous demandera d'abord de tenir un journal de vos passages aux toilettes pendant quelques jours. Vous y noterez la fréquence de vos mictions et le temps qui s'écoule entre deux passages aux toilettes. Ensuite, vous serez encouragée à uriner selon un **horaire fixe** (par exemple, toutes les 2 heures). Cet intervalle sera progressivement allongé (2,5 heures, 3 heures...) jusqu'à l'obtention d'une fréquence normale.

Vous recevrez également des conseils pratiques pour mieux contrôler votre envie d'uriner et ne pas céder immédiatement à l'envie d'aller aux toilettes. Pour obtenir un résultat optimal, il est recommandé de se faire accompagner par un **kinésithérapeute spécialisé dans le plancher pelvien**. Votre médecin peut vous fournir une liste des kinésithérapeutes spécialisés dans votre région.

Stimulation percutanée/transcutanée du nerf tibial

La **stimulation percutanée ou transcutanée du nerf tibial (PTNS/TENS)** est un **traitement non invasif** qui permet d'améliorer le fonctionnement de la vessie. Une aiguille très fine (PTNS) ou une électrode (TENS) est utilisée pour stimuler le nerf tibial, qui passe à l'intérieur de la cheville. Le nerf envoie ensuite des signaux à la vessie via la moelle épinière. Cela permet au muscle de la vessie de mieux se détendre et à la vessie de mieux se remplir, ce qui réduit les envies pressantes. **Chez 70 % des patientes**, ce traitement entraîne une amélioration notable de l'incontinence d'urgence.

- Pour un **traitement PTNS**, vous devez consulter **chaque semaine** un **kinésithérapeute spécialisé dans le plancher pelvien**. Le traitement dure trois mois.
- Un **traitement TENS** peut être réalisé **à la maison** et dure également **trois mois**. Vous appliquez **chaque jour pendant 20 minutes** une électrode sur la peau à l'intérieur de la cheville. Discutez de cette option avec votre gynécologue.

La plupart des patientes **n'ont pas d'effets secondaires**. Une légère démangeaison ou une sensation de picotement peut parfois apparaître au niveau de l'électrode, mais cela est **temporaire** et disparaît rapidement après le traitement.

Médicaments

Il existe différents types de **médicaments** qui **détendent le muscle de la vessie** et réduisent ainsi les symptômes de l'incontinence d'urgence (ce qui permet également d'avoir moins souvent envie d'uriner pendant la journée et la nuit). Comme d'autres médicaments, ces produits ont également **certaines effets indésirables**. Votre médecin discutera avec vous de la meilleure option. Cela dépend notamment de vos antécédents médicaux.

Autres traitements

Si les traitements mentionnés précédemment n'ont pas d'effet suffisant sur l'incontinence d'urgence, des injections de Botox dans la vessie ou une stimulation du nerf sacré peuvent être envisagées. Ces traitements sont effectués par un urologue.

- **Les injections de Botox** détendent le muscle de la vessie, améliorant le remplissage de la vessie et réduisant les envies pressantes. L'injection est généralement réalisée sous une brève **anesthésie générale**. L'effet est perceptible en **quelques jours à deux semaines** et dure **de six à neuf mois**. Chez certains patients, un seul traitement suffit, tandis que d'autres ont besoin de plusieurs infiltrations.
- **La stimulation du nerf sacré** est une **forme invasive de neuromodulation** qui affecte les nerfs qui régulent les fonctions de la vessie et de l'intestin. Lors d'une phase de test, un neurostimulateur temporaire est placé sous la peau au-dessus de la fesse. Si ce stimulateur d'essai produit une nette amélioration des symptômes, un **neurostimulateur définitif** sera implanté.

Notes supplémentaires :

Coordonnées

Médecins

- dr. E. Bauters
- dr. O. Brouckaert
- dr. L. Deblaere
- dr. J. Quintelier
- dr. E. Rossey
- dr. A. Vandenameele
- dr. I. Vanderbeke
- dr. P. Vryens

Joignables via

057 35 75 75

secgynaeco@yperman.net

Gynécologie — Numéro de route : 21

Heures d'ouverture

Physique : 8 h-12 h 30 & 13 h 30-18 h

Téléphone : 8 h 30-12 h 15 & 13 h 30-17 h 30

Symptômes graves ou urgences ?

Contactez immédiatement

- votre médecin traitant
- le service des urgences de l'hôpital
057 35 60 00

Jan Yperman Ziekenhuis
Briekestraat 12, 8900 Ieper
info@yperman.net
057 35 35 35
www.yperman.net

