

Item 321 : Incontinence urinaire de l'adulte – Prolapsus et Incontinence Urinaire d'Effort (IUE)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Pré-Requis..... | 3 |
| OBJECTIFS | 3 |
| I Quels sont les principaux facteurs étiologiques des troubles de la statique pelvienne ?..... | 4 |
| I.1 Facteurs constitutionnels..... | 4 |
| I.2 facteurs acquis..... | 4 |
| II Quelle est la stratégie diagnostique dans les troubles de la statique pelvienne ?..... | 5 |
| II.1 À l'interrogatoire..... | 5 |
| II.2 Examen clinique | 6 |
| II.3 Examens complémentaires | 7 |
| III Quels sont les principes thérapeutiques ?..... | 8 |
| IV Annexes..... | 10 |
| Glossaire..... | 10 |
| Bibliographie | 14 |
| En savoir plus | 16 |
| Recommandation | 16 |
| Abréviations..... | 16 |

PRE-REQUIS

- Anatomie des organes génitaux internes et externes
- Anatomie du périnée avec sa vascularisation
- Physiologie de la miction
- Physiologie de la défécation
- Physiologie de l'acte sexuel
- Rôle des œstrogènes sur les organes cibles
- Constitution biochimique du tissu conjonctif
- Mécanisme de l'accouchement
- Mécanismes de sénescence tissulaire

OBJECTIFS

ENC :

- Devant une incontinence urinaire de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

CONSULTER AUSSI :

Sur le campus de Gériatrie :

Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé. : <http://umvf.univ-nantes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie10/site/html/1.html>

Les prolapsus génitaux (*cf. glossaire*) sont des troubles de la statique pelvienne à l'origine d'une symptomatologie fonctionnelle variable (urinaire, rectale, sexuelle) ou d'une simple pesanteur pelvienne.

Ces manifestations sont fréquentes mais souvent cachées car associées à la vieillesse.

L'incontinence urinaire est la manifestation la plus invalidante ; elle concerne plus de 10 % des femmes.

(Bibliographie Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Évaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte. 1995.

(Bibliographie : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'incontinence urinaire de l'adulte en médecine générale. 1995.

I QUELS SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS ETIOLOGIQUES DES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE ?

Elle est multifactorielle.

Il existe des facteurs constitutionnels et des facteurs acquis.

I.1 FACTEURS CONSTITUTIONNELS

L'existence de prolapsus chez la nullipare et la vierge explique l'origine congénitale de certains prolapsus. Les anomalies peuvent être multiples :

- anomalies de la statique lombo-pelvienne (hyperlordose (*cf. glossaire*) lombaire et inclinaison du sacrum (*cf. glossaire*)) modifiant la position du hiatus urogénital et donc l'axe de poussée,
- anomalies constitutionnelles du tissu conjonctif responsables d'une diminution de la résistance des aponévroses (*cf. glossaire*) ou du maintien latéral des viscères. Ceci explique également la grande fréquence des pathologies de la paroi abdominale associées : hernie ombilicale, crurale... Une des ces formes majeures est le syndrome de Marfan (*cf. glossaire*) ou la maladie d'Ehlers-Danlos (*cf. glossaire*).

I.2 FACTEURS ACQUIS

Les facteurs acquis sont traumatiques ou correspondent à une pathologie acquise du tissu conjonctif.

Les traumatismes sont essentiellement obstétricaux (gros fœtus, manœuvres instrumentales, travail prolongé, expression utérine, épisiotomie (*cf. glossaire*) médiane, déchirure périnéale...). Ceux sont les facteurs étiologiques prédominants. La majorité des traumatismes se réparent progressivement après accouchement, sauf en cas de lésions du

nerf pudendal (*cf. glossaire*) ou de fragilité du tissu conjonctif. Les traumatismes peuvent être chirurgicaux par section des éléments de suspension des viscères pelviens soit par modification de leur position (fixation antérieure de l'utérus favorisant les rectocèle (*cf. glossaire*) s ou les élytrocèle (*cf. glossaire*) s). Enfin, il peut s'agir de traumatismes répétés : sportif de haut niveau, toux chronique, constipation chronique.

Les lésions acquises du tissu conjonctif sont secondaires au vieillissement physiologique, à une carence œstrogénique (*cf. glossaire*), à une obésité, à une carence nutritionnelle => involution des fascias (*cf. glossaire*) et des ligaments.

Après un accouchement par voie naturelle, des lésions périnéales sont presque systématiques ; elles concernent les muscles releveurs (*cf. glossaire*) et l'aponévrose pelvienne.

Ces lésions se réparent les plus souvent et progressivement. Dans certains cas, surviennent des lésions musculaires d'origine neurogène par lésions ou étirement du nerf pudendal ; celles-ci vont alors être responsables d'une atrophie progressive des muscles releveurs qui ne soutiendront plus l'aponévrose et ensuite les organes pelviens.

II QUELLE EST LA STRATEGIE DIAGNOSTIQUE DANS LES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE ?

L'examen clinique est essentiel dans cette pathologie et notamment l'appréciation de la gêne fonctionnelle.

II.1 À L'INTERROGATOIRE

La symptomatologie est variable. Elle n'est pas corrélée à l'importance du prolapsus.

Il peut s'agir de la perception d'une « boule » ou d'une masse vulvaire. Cette saillie est majorée en position debout ou à l'effort et diminuée en position de repos ou en décubitus dorsal (*cf. glossaire*).

Dans certaines situations la saillie des viscères peut être responsable de lésions de frottements à l'origine de saignements ou de leucorrhée (*cf. glossaire*).

D'autres symptômes, témoin d'une pathologie du plancher pelvien, peuvent révéler un prolapsus :

- **incontinence d'urines** au repos ou à l'effort, impériosité mictionnelle (*cf. glossaire*), urgences mictionnelles ou pollakiurie (*cf. glossaire*) diurne (> 6) ou nocturne (> 2), dysurie (*cf. glossaire*) (lié souvent à un prolapsus volumineux qui comprime urètre (*cf. glossaire*, pouvant être corrigée par une manœuvre digitale intravaginale), incontinence par regorgement ; en cas d'Insuffisance Urinaire d'Effort (IUE), on

devra quantifier l'importance de l'IUE (1^{er} degré provoqué par un effort de poussée, de rire, d'éternuement, de toux, du port d'une charge lourde, 2^e degré provoqué par une marche rapide, 3^e degré dû au fait de se lever). On pourra aussi utiliser une méthode plus objective : PAD test (*cf. glossaire*) qui consiste à peser des garnitures pour apprécier le volume d'urines perdues.

- **incontinence anale** au gaz ou au fèces, troubles de la défécation (dyschésie (*cf. glossaire*) anorectale, pouvant être corrigée par une manœuvre digitale intravaginale),
- **troubles sexuels** : impression de béance vulvaire, gaz intravaginaux, perte de sensibilité vulvovaginale, dyspareunie (*cf. glossaire*) d'intromission par obstacle, saignements post-coïtaux, gêne liée à l'organe prolapsé (*cf. glossaire*).
- **altération de la qualité de vie** : appréciée par des échelles spécifiques (Ditrovie (*cf. glossaire*)) qui comportent des questions sur l'activité physique, sportive, le travail, l'anxiété...
- **douleurs dorsolombaires.**

Enfin, un prolapsus même important peut être totalement asymptomatique.

L'interrogatoire devra rechercher la cause du prolapsus, des facteurs favorisants de récurrences (bronchite chronique, constipation, sport), déterminer l'âge, les antécédents obstétricaux et chirurgicaux (chirurgie de l'utérus, prolapsus, IUE...), le désir éventuel de grossesse et l'activité sexuelle.

II.2 EXAMEN CLINIQUE

L'examen est réalisé en position couchée puis éventuellement debout voire accroupie, vessie pleine et vessie vide.

Il comporte, en dehors de l'examen gynécologique habituel, **l'inspection**.

Elle recherche une béance vulvaire, une cicatrice périnéale d'épisiotomie, apprécie la distance anovulvaire, la trophicité (*cf. glossaire*) des organes génitaux externes (cause de dyspareunie, de brûlures mictionnelles).

Ensuite, **l'examen sous spéculum** (*cf. glossaire*) permet de vérifier l'aspect du col utérin (voire de pratiquer frottis). Ensuite il comporte plusieurs étapes, réalisées vessie pleine, position debout, couchée puis vessie vide :

- **Temps moyen** : on demandera à la femme de pousser tout en retirant progressivement le spéculum. Le col utérin peut ainsi descendre un peu correspondant à une hystéroccèle (*cf. glossaire*) stade 1, jusqu'à la vulve

correspondant à une hystérocèle stade 2 et sortant de la vulve correspondant à une hystérocèle stade 3.

- Puis les deux temps antérieur et postérieur après avoir séparé les deux valves du spéculum.
 - Temps antérieur : À l'aide de l'une des deux valves, on refoule la paroi postérieure du vagin et on demande à la femme de pousser, peut apparaître une colpocèle (*cf. glossaire*) antérieure stade 1, 2 ou 3. Ce bombement du vagin correspond le plus souvent à une cystocèle (*cf. glossaire*) (saillie vésicale), parfois à une urétrocèle (*cf. glossaire*) (saillie antérieure de l'urètre). Peut apparaître également une fuite d'urines à l'effort. Dans la manœuvre de Bethoux (*cf. glossaire*), on refoule le col utérin à l'aide d'une pince et les fuites urinaires disparaissent. Dans la manœuvre de Bonney (*cf. glossaire*), on remonte le col vésical dans l'enceinte abdominale en mettant deux doigts de part et d'autre du col vésical et ainsi, les fuites urinaires à l'effort disparaissent. Elle correspond à un bon pronostic chirurgical en cas d'IUE. Le TVT test ou manœuvre d'Ulmsten (*cf. glossaire*) consiste à réaliser un soutènement de l'urètre sans pression à l'aide d'une valve ou d'une pince languette (*cf. glossaire*) afin d'empêcher sa descente au cours d'un effort de poussée. Si les fuites urinaires n'apparaissent plus, une intervention type [TVT](#) devrait être efficace.
 - Temps postérieur : on refoule la paroi antérieure du vagin. À l'effort peut apparaître une colpocèle postérieure correspondant à une rectocèle (saillie du rectum dans le vagin) ou à une élytrocèle (hernie du cul-de-sac de Douglas (*cf. glossaire*) dans la cloison rectovaginale). Le toucher rectal permettra de faire la différence entre les deux en percevant dans un cas des anses digestives prolabées correspondant à une hernie du cul-de-sac de Douglas.

L'examen est complété par un **toucher vaginal** pour l'exploration de l'utérus, des annexes et des releveurs et par un toucher rectal pour explorer la cloison rectovaginale, l'étude de la tonicité du sphincter de l'anus, le noyau fibreux central du périnée et la contractilité des muscles releveurs (puborectaux).

La qualité des muscles releveurs de l'anus appréciée en demandant à la femme de faire un effort de retenue qui est coté de 0 à 5.

L'examen des seins et l'examen général (recherche d'hernie de la paroi abdominale) doivent être réalisés.

II.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les examens complémentaires comportent :

- ECBU systématique,
- Explorations urodynamiques pour apprécier la qualité du sphincter, la contractilité vésicale, le degré de transmission des pressions abdominales, la stabilité vésicale et urétrale,
- Techniques d'imagerie pour apprécier la mobilité des organes par rapport aux structures osseuses (échographie, colpocystodéfécogramme (cf. glossaire), IRM...),
- Parfois, manométrie (cf. glossaire) anorectale et défécographie (cf. glossaire) en cas de troubles de la défécation,

Ces examens ne sont pas toujours nécessaires.

Ils seront essentiellement prescrits si le tableau clinique est complexe ou mixte (prolapsus et Incontinence Urinaire par exemple), s'il s'agit d'une récurrence ou d'un échec thérapeutique.

(Recommandation : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. HAS; 2000.: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271901/bilans-et-techniques-de-reeducation-perineo-sphincterienne-pour-le-traitement-de-lincontinence-urinaire-chez-la-femme-a-l'exclusion-des-affections-neurologiques)

III QUELS SONT LES PRINCIPES THERAPEUTIQUES ?

Il s'agit d'une pathologie fonctionnelle : il ne s'agit pas d'opérer sans demande, il ne s'agit pas corriger l'anatomie sans tenir compte de la fonctionnalité des organes.

Les moyens :

- L'abstention thérapeutique.
- Les alternatives (pessaire (cf. glossaire), sonde).
- La rééducation pelvipérinéale.
- Les traitements médicaux.
- Les techniques chirurgicales par voie abdominale ou par voie basse.

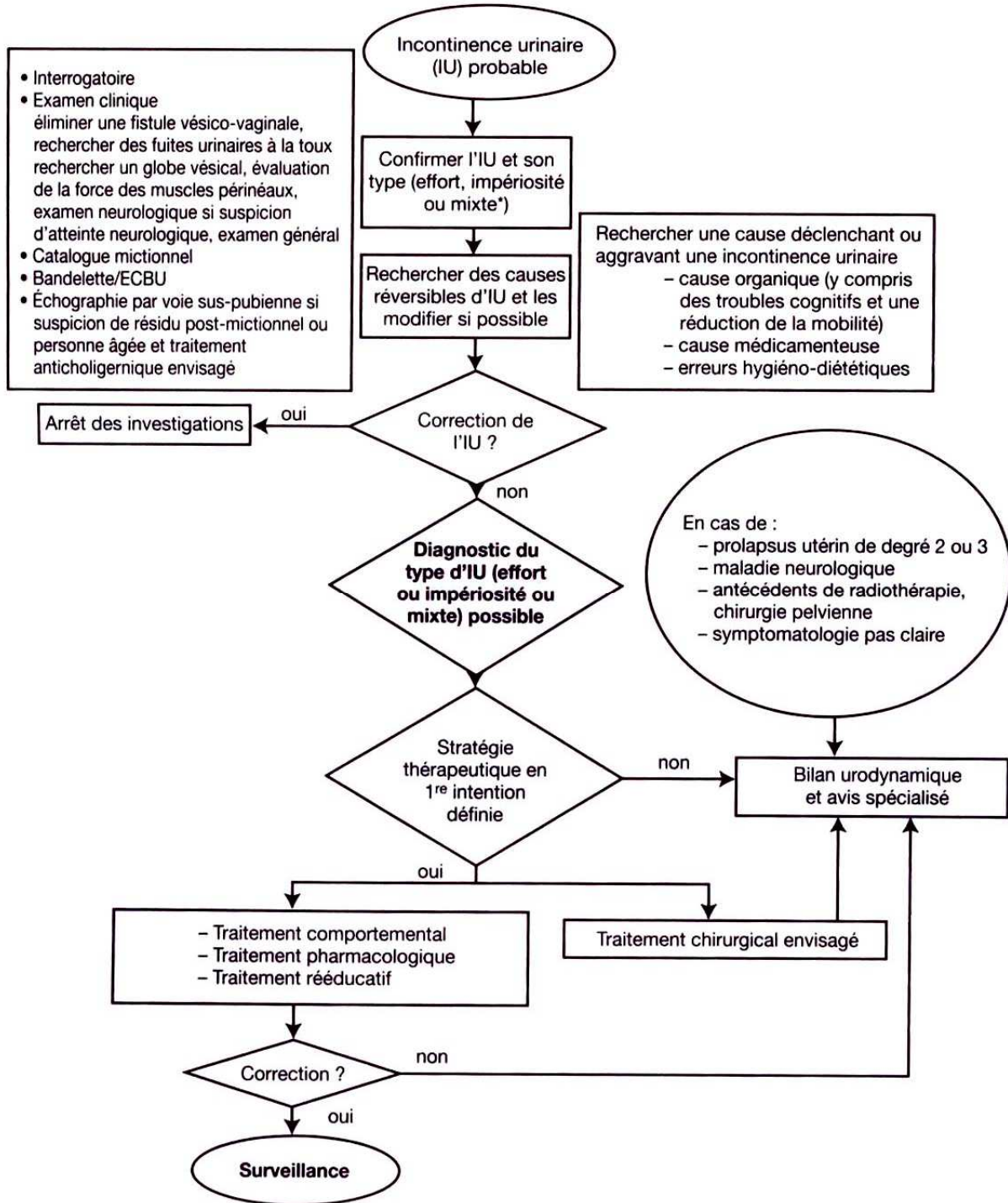
L'abstention thérapeutique s'envisage en cas de :

- Découverte fortuite ou l'absence de demande de la femme,
- Proximité d'un accouchement,

- Chirurgie pelvienne récente,
- Contre-indication chirurgicale.

L'évolution d'un prolapsus est variable ; il peut exister une stabilisation des troubles ou une aggravation, rarement une amélioration en dehors de la période post-partum.

Prise en charge de l'incontinence urinaire



IV ANNEXES

GLOSSAIRE

- aponévrose : Membrane fibreuse enveloppant les muscles et constituant une séparation entre eux. Ce n'est pas une enveloppe mais un lien entre les structures auxquelles elle est liée. Elle permet ainsi la constitution d'un corps. Les aponévroses servent aussi à délimiter des compartiments (ou loges) dans l'organisme (on parle alors en général de septum).
- colpocèle : Abaissement (ou prolapsus) des parois du vagin provoqué par la poussée du rectum ou de la vessie.
- colpocystodéfécogramme : ColpoCystoDéfécographie (CCD) : Exploration de la statique des différents organes du pelvis de la femme (vessie, utérus, vagin, rectum) par radiographie, après opacification de leurs cavités par un produit de contraste. C'est un examen à la fois morphologique (étude anatomique) et fonctionnel (étude dynamique), c'est pourquoi des clichés radiologiques sont pris au repos puis pendant la miction et lors de l'effort de défécation. Cet examen permet d'explorer les troubles comme une incontinence urinaire ou des troubles de la défécation.
- cul-de-sac de Douglas : Cul-de-sac de Douglas ou cul-de-sac recto-vaginal : Repli du péritoine entre l'utérus et le rectum, formant un cul-de-sac recto-vaginal. Le cul-de-sac de Douglas est l'endroit où s'accumulent les liquides qui peuvent se trouver par accident dans la cavité péritonéale (sang, pus, etc.). Cet endroit du corps est accessible par le toucher rectal, ce qui permet le diagnostic de nombreuses pathologies. Chez l'homme, ce cul-de-sac est simplement l'extrémité inférieure de la cavité péritonéale, entre la face postérieure de la vessie et la face ventrale du rectum.
- cystocèle : Descente de la vessie dans le vagin au niveau de sa paroi antérieure. C'est le prolapsus le plus fréquent, il entraîne souvent des troubles urinaires avec « sensation de boule » et pesanteur pelvienne.
- décubitus dorsal : Position allongée à l'horizontale, à plat-dos.
- défécographie : Examen radiologique utilisé pour mettre en évidence des anomalies anatomiques statiques ou dynamiques rectales qui ne peuvent pas être détectées à l'aide d'examens radiologiques conventionnels, tels que radiographie de l'intestin ou rectoscopie.
- Ditrovie : Échelle de qualité de vie spécifique des troubles mictionnels.
- dyschésie : Défécation difficile avec des efforts importants de poussée, des manœuvres digitales et une sensation d'évacuation incomplète. En outre,

l'impossibilité ou la difficulté d'expulsion d'un ballonnet introduit dans l'ampoule rectale, la vidange rectale incomplète en défécographie et le ralentissement des marqueurs radio-opaques au niveau recto-sigmoïdien permettent d'être plus précis.

- dyspareunie : Dyspareunie ou algopareunie : Douleur de nature et d'intensité variables ressentie lors des rapports sexuels. Presque systématique lors du premier rapport vaginal due au déchirement de l'hymen. Elle devient en revanche incapacitante lorsqu'elle a lieu à tous les rapports suivants. Les douleurs peuvent être les symptômes de pathologies le plus souvent bénignes mais parfois graves, aussi est-il fortement conseillé de demander l'avis d'un médecin gynécologue qui, seul, pourra répondre à toutes interrogations, poser un diagnostic et envisager un traitement.
- dysurie : Difficulté à l'évacuation de la vessie. La dysurie est souvent méconnue car indolore et d'installation progressive. On décrit la dysurie d'attente, initiale au début de la miction, et la dysurie de poussée, parfois terminale. Cette dysurie s'accompagne d'une diminution de la force du jet. On en rapproche les mictions en deux temps, les gouttes retardataires, et la sensation de vessie non vide en fin de miction.
- élytrocèle : Descente d'une anse de l'intestin dans le cul-de-sac de Douglas, provoquant la descente des parois vaginales en direction de la vulve.
- épisiotomie : Acte chirurgical consistant à ouvrir le périnée au moment de l'accouchement afin de laisser passer l'enfant. Cette incision a idéalement pour but de sectionner le muscle releveur de l'anus.
- fascia : Expansion aponévrotique, servant d'enveloppe à des organes sous-jacents qu'elle est destinée à maintenir dans leur position respective.
- hyperlordose : Exagération de la lordose (courbure physiologique de la colonne vertébrale) vers l'avant, au niveau de la région lombaire, formant une cambrure excessive des reins.
- hystérocele : Descente de l'utérus dans le vagin. Ce prolapsus peut s'extérioriser et provoquer un sentiment de corps étranger.
- impériosité mictionnelle : Impériosité mictionnelle ou impériosité urinaire : Besoin urgent, ressenti par le patient, d'avoir à vider sa vessie. Elle peut s'accompagner d'une incontinence d'urine (le patient est incapable de se retenir et d'arriver aux toilettes à temps).
- leucorrhée : Écoulement non sanglant provenant du vagin. Elle peut être physiologique (par sécrétion de glaire cervicale et desquamation vaginale) ou pathologique témoignant d'une infection, le plus souvent d'une vaginite. Bien que le terme leucorrhée signifie littéralement « sécrétion blanche », la couleur de la

sécrétion vaginale peut varier en fonction de la cause : elle peut aller d'une sécrétion laiteuse à verdâtre. Les écoulements sanguinolents sont à considérer comme des métrorragies. On considère comme anormales des pertes vaginales malodorantes ou responsables d'irritation et de démangeaison.

- maladie d'Ehlers-Danlos : Maladie d'Ehlers-Danlos ou Syndrome d'Ehlers-Danlos (SED) : Ensemble des affections génétiques rares et orphelines. Il s'agit d'une anomalie du tissu conjonctif, cette maladie génétique atteint le collagène (élastorrhexie). Les conséquences diffèrent selon les types. Les principales sont l'hypermobilité articulaire, l'hyperélasticité de la peau, de nombreux hématomes spontanés, une fragilité des tissus et une très grande fatigabilité.
- manométrie : Méthode permettant de mesurer et d'enregistrer les pressions régnant à l'intérieur d'un segment du tube digestif.
- manœuvre de Bethoux : Refoulement du col utérin par un clamp courbe en appui sur la fourchette vulvaire.
- manœuvre de Bonney : Lors du toucher vaginal, deux doigts sont placés de part et d'autre de l'urètre en les rapprochant du pubis, mais surtout en remontant le cul-de-sac vaginal antérieur vers la cavité abdominale (réintégration du col vésical et du sphincter dans l'enceinte abdominale).
- muscles releveurs : Muscle releveur de l'anus ou muscle élévateur de l'anus : Muscle faisant partie du plancher pelvien, pair et symétrique, qui ferme caudalement la cavité pelvienne et forme en partie le diaphragme pelvien.
- nerf pudendal : Nerf issu du plexus sacré S2S3, pénétrant la région fessière sous le muscle piriforme, gagnant le pelvis via la petite ouverture assurée par le dédoublement de l'enveloppe du muscle obturateur interne. Les branches terminales de ce nerf sont destinées au rectum, à l'anus, à la peau du bas-ventre, aux muscles du périnée, à la face dorsale du pénis et au clitoris.
- PAD test : Test d'incontinence.
- pessaire : Instrument en forme d'anneau que l'on introduit dans le vagin pour maintenir l'utérus quand celui-ci présente une rétroversion utérine afin d'éviter un prolapsus (sortie par la vulve) génital.
- pince languette : Pince utilisée en gynécologie comme un porte-compresse pour le badigeonnage antiseptique dans le cadre de la préparation du site opératoire (la peau, le vagin et le col utérin...) puis pour la réalisation des soins des plaies chirurgicales et traumatiques (nettoyage, antisepsie; pansements). Grâce à sa longueur et à la forme de son extrémité fonctionnelle, elle peut être aussi utilisée comme une pince de préhension des dispositifs médicaux (comme par exemple les fils de stérilet pour son retrait de la cavité utérine).

- pollakiurie : Fréquence excessive des mictions en petites quantités. Ces mictions ont lieu à intervalles fréquents et sont liées à une sensation de plénitude vésicale (impression de vessie pleine) qui n'est pas due à une vessie pleine mais à une vessie présentant une irritation. Cette sensation s'accompagne d'une impression de plénitude même quand la vessie n'est pas pleine.
- prolabé : Relatif à un organe ayant suivi une descente, un prolapsus.
- prolapsus génitaux : Prolapsus génital ou descente d'organes : Déplacement anormal d'un ou de plusieurs organes du pelvis féminin vers le bas.
- rectocèle : Saillie du rectum dans le vagin, due au relâchement des moyens de fixation et de soutien du rectum. La paroi rectale antérieure et la paroi vaginale postérieure s'adosent sans interposition de péritoine. Le rectocèle est un prolapsus génital (affaissement du vagin et/ou de l'utérus).
- sacrum : Os impair, médian et symétrique, formé de la soudure des cinq vertèbres sacrées (ou sacrales). Il a une forme pyramidale à base crâniale, base appelée le promontoire sacré, la pointe de la pyramide s'appelant l'apex. Il est situé entre les deux os iliaques pour former le bassin osseux. Chez la femme, le sacrum est plus large que chez l'homme.
- spéculum : Outil médical – généralement en métal ou à usage unique en plastique – permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- œstrogénique : Œstrogène : Groupe de stéroïdes, dont la fonction, à l'état naturel, est d'être une hormone sexuelle femelle primaire. Ils sont produits en premier lieu par le développement des follicules des ovaires, le corps jaune (corpus luteum) et le placenta. Certains œstrogènes sont également produits en petites quantités par d'autres tissus tels le foie, la surrénale, les seins et le tissu adipeux. Ces sources secondaires d'œstrogènes sont particulièrement importantes chez les femmes lors de la post-ménopause. Les trois œstrogènes naturels sont l'estradiol, l'estriol et l'estrone. Bien que les œstrogènes soient présents dans les deux sexes, on en trouve une quantité significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elles favorisent le développement des caractères sexuels secondaires, comme les seins, et sont également impliquées dans le contrôle du cycle menstruel, ce qui explique pourquoi la plupart des pilules contraceptives en contiennent. L'usage d'œstrogènes, en particulier associés à la progestérone, est un traitement (traitement de substitution hormonale) controversé des symptômes de la ménopause. En plus de leurs rôles dans la reproduction, féminine mais aussi masculine, les œstrogènes sont impliqués dans le développement du système nerveux central, dans l'homéostasie du squelette et du système cardiovasculaire. Ils ont également des effets sur le foie et le tissu adipeux.

- syndrome de Marfan : Syndrome de Marfan ou maladie de Marfan : Maladie génétique, à transmission autosomique dominante, du tissu conjonctif. Elle atteint l'ensemble des organes du corps humain, avec des degrés très variables dans ses manifestations cliniques. Les organes les plus touchés sont : l'œil, le squelette et le système cardiovasculaire.
- trophicité : Ensemble des processus qui participent à la nutrition et au développement d'un tissu (ensemble de cellules), d'une partie de l'organisme ou d'un organe.
- TVT test ou manœuvre d'Ulmsten : Soutènement de l'urètre sans pression à l'aide d'une valve ou d'une pince languette afin d'empêcher sa descente au cours d'un effort de poussée.
- urètre : Canal de sortie de la vessie. Il a une fonction excrétrice dans les deux sexes (sortie de l'urine) et de plus chez l'homme une fonction reproductrice (passage du sperme).
- urétrocèle : Dilatation de l'urètre, qui fait saillie dans le vagin.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). : Évaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte. 1995.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). : Prise en charge de l'incontinence urinaire de l'adulte en médecine générale. 1995.
- Bader G, Koskas M. : Prolapsus des organes pelviens. Du symptôme à la prise en charge thérapeutique. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 2008; 3-1280.
- Bernard P. : Prolapsus génital et incontinence urinaire chez la femme. Faculté de Médecine de Grenoble; 2002 Sept.
- Boukerrou M, Mesdagh P, Yahi H, Crépin G, Robert Y, Cosson M. : Évaluation IRM des chirurgies du prolapsus. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006 Nov;34(11):1024-1028.
- Boulanger L, Lucot JP, Collinet P, Cosson M. : Traitement chirurgical des prolapsus génitaux par voie vaginale. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Techniques chirurgicales – Urologie. 2010; 41-362.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 321 – Prolapsus et incontinence urinaire. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 217-223.

- Costa P, Bouzoubaa K, Delmas V, Haab F. : Examen clinique des prolapsus. Progrès en Urologie. 2009 Dec;19(13):939-943.
- Deffieux X, Hubeaux K, Mordefroid M, Fernandez H, Amarenco G. : Explorations complémentaires dans les troubles de la statique pelvipérinéale. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2007; 290-A-40.
- Delarue E, Collinet P, Sabban F, Lucot JP, Cosson M. : Traitement du prolapsus génital chez la femme jeune : voie vaginale ou voie coelioscopique ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2008 Oct;36(10):1043-1049.
- De Tayrac R, Chauveaud-Lambling A, Fernandez D, Fernandez H. : Instruments de mesure de la qualité de vie chez les patientes présentant un prolapsus génito-urinaire. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2003 Oct;32(6):503-523.
- Deval B, Rafii A, Poilpot S, Aflack N, Levardon M. : Prolapsus de la femme jeune : étude des facteurs de risque. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2002 Sept;30(9):673-676.
- Fatton B, Nadeau C. : Incontinence urinaire et prolapsus génital. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2009 Dec;38(8S1):239-251.
- Haab F, Costa P, Delmas V. : Prise en charge des prolapsus génito-urinaires. Progrès en Urologie. 2009 Dec;19(13):1098-1102.
- Hermieu JF. : Bilan urodynamique et prolapsus. Progrès en Urologie. 2009 Dec;19(13):970-974.
- Lansac J. : Le prolapsus génital. Wikinu Collège Gynécologie.
- Lansac J. : L'incontinence urinaire de la femme. Wikinu Collège Gynécologie.
- Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. : État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. Progrès en Urologie. 2009 Dec;19(13):907-915.
- Lucot JP, Cosson M. : Contre l'hystérectomie systématique lors des cures de prolapsus. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006 Nov;34(11):1087-1089.
- Ragni E, Haab F, Delmas V, Costa P. : Physiopathologie des prolapsus génito-urinaires. Progrès en Urologie. 2009 Dec;19(13):926-931.
- Ragni E, Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. : Facteurs de risque et prévention des prolapsus génito-urinaires. Progrès en Urologie. 2009 Dec;19(13):932-938.
- Wagner L, Fatton B, Delmas V, Haab F, Costa P. : Traitement chirurgical du prolapsus par voie haute et incontinence urinaire d'effort associée. Progrès en Urologie. 2009 Dec;19(13):1014-1018.

EN SAVOIR PLUS

- Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé. : <http://umvf.univ-nantes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie10/site/html/1.html>

RECOMMANDATION

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. HAS; 2000. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271901/bilans-et-techniques-de-reeducation-perineo-sphincterienne-pour-le-traitement-de-lincontinence-urinaire-chez-la-femme-a-l'exclusion-des-affections-neurologiques
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale - Actualisation 2003. HAS; 2003 May. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272291/prise-en-charge-de-lincontinence-urinaire-de-la-femme-en-medecine-generale-actualisation-2003
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. Fascicules.fr; 2009. : <http://www.fascicules.fr/data/consensus/gynecologie-incontinence-urinaire-chez-la-femme-CNGOF-2009-complet.pdf>
- Jacquetin B, Fauconnier A, Fritel X, Marès P, Mellier G, Robain G, et al. Recommandations pour la pratique clinique – Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 2009. : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC%20INCONTINENCE_2009.pdf

ABREVIATIONS

- ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- IU : Incontinence Urinaire
- IUE : Insuffisance Urinaire d'Effort
- TVT : Tension-free Vaginal Tape