

Item 121 (Item 321) – Incontinence urinaire de l'adulte

Collège Universitaire des Urologues

2014

Table des matières

1. Pour comprendre.....	3
2. Définition.....	3
3. Étiologies.....	3
3.1. IUE.....	3
3.2. IU par urgenturie.....	4
4. Interrogatoire : précis et orienté.....	4
4.1. Recherche de facteurs de risque.....	4
4.2. Sur le plan urologique.....	5
4.3. Sur le plan génito-sexuel.....	5
4.4. Sur le plan ano-rectal.....	5
4.5. Retentissement sur la qualité de vie.....	5
5. Examen clinique.....	6
6. Examens complémentaires.....	7
7. Prise en charge thérapeutique.....	8
7.1. Rééducation périnéo-sphinctérienne.....	8
7.2. Éliminer les facteurs favorisants.....	9
7.3. Traitement médicamenteux.....	9
7.4. Traitement chirurgical.....	9
8. Incontinence urinaire de l'homme.....	11
8.1. Étiologies.....	11
8.2. Examen clinique.....	11
8.3. Examens complémentaires.....	12
8.4. Traitement.....	12
9. Annexes.....	12
9.1. Catalogue mictionnel.....	12
9.2. Questionnaires d'évaluation des symptômes et de la qualité de vie.....	13
Annexes.....	14

Objectifs ENC

- Devant une incontinence urinaire de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

1. Pour comprendre

L'incontinence urinaire est définie comme une perte involontaire d'urine, objectivement démontrable, constituant un problème social ou d'hygiène. Il s'agit avant tout d'une déficience, dont le handicap généré entraîne une gêne variable selon les individus et les sociétés dans lesquelles ils évoluent.

C'est un handicap qui concerne tous les âges et les deux sexes.

Chez les femmes, il s'agit d'un problème majeur de santé publique. En France, 3 millions de femmes environ sont concernées par l'incontinence urinaire, et une grande partie d'entre elles n'ose pas consulter ou même en parler.

Chez les hommes, les problèmes d'incontinence répondent à des situations plus particulières (liées à la pathologie prostatique et souvent iatrogène).

2. Définition

L'incontinence urinaire (IU) est définie selon la terminologie de l'*International Continence Society* comme étant une « perte involontaire d'urine par l'urètre », constituant un problème social ou d'hygiène et qui peut objectivement être démontrée.

Il existe cliniquement trois grands types d'incontinence urinaire :

- l'incontinence urinaire d'**effort (IUE)** : perte involontaire d'urine à l'effort (rire, toux, éternuement, sport et autres activités physiques), non précédée de la sensation de besoin ;
- l'incontinence urinaire par **urgenterie** : perte involontaire d'urine, précédée par un besoin d'emblée urgent et non inhibé (besoin impérieux). Ces épisodes de fuite peuvent survenir au repos, la nuit, sans notion d'effort ;
- l'incontinence urinaire **mixte** : association des deux types précédents d'incontinence.

Attention

Il ne faut pas confondre l'IU et une miction par regorgement sur globe vésical chronique ou une fistule vésico-vaginale (perte involontaire d'urine mais par le vagin).

3. Étiologies

3.1. IUE

Elle est **plus fréquente chez la femme**, notamment ménopausée, aux antécédents de traumatismes obstétricaux. Deux types de mécanismes peuvent en être responsables, la **cervico-cystoptose/hypermobilité urétrale (HMU)** résultant d'une perte de tonus des tissus de soutien de l'urètre proximal ou tout simplement par **insuffisance sphinctérienne (IS)**.

3.2. IU par urgenturie

Elle résulte de contractions vésicales anormales non inhibées.

Les différentes étiologies sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1: Étiologies des différents types d'incontinence urinaire

Type d'incontinence urinaire	Étiologies	
Incontinence à l'effort	Traumatismes obstétricaux et chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Accouchements difficiles • Neuropathies d'étirement • Chirurgie gynécologique, périnéale ou rectale
	Troubles trophiques	<ul style="list-style-type: none"> • Carence hormonale de ménopause (atrophie vulvo-vaginale)
	Pathologie mécanique secondaire à des efforts de poussées abdominales répétées	<ul style="list-style-type: none"> • Constipation • Toux chronique • Port de charges lourdes
Incontinence par urgenturie	Urologiques	Irritation vésicale : <ul style="list-style-type: none"> • cystite infectieuse • cystite radique • cystite chimique • tumeur vésicale • calcul
		Obstacle sous-vésical (= cervico-urétrale) : <ul style="list-style-type: none"> • sténose urétrale • compression extrinsèque de l'urètre
	Iatrogénie	anticholinergiques et opioïdes (mictions par regorgement) ou alpha-bloquants (chute des résistances urétrales)
	Neurologique	
	Psychogène	

4. Interrogatoire : précis et orienté

4.1. Recherche de facteurs de risque

Les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux doivent être explorés lors de l'anamnèse, et notamment le nombre de grossesses et d'enfants, les circonstances d'accouchement (manœuvres obstétricales, épisiotomies), le poids des enfants à la naissance (macrosomie), la rééducation périnéale dans le post-partum, la chirurgie abdomino-pelvienne et une pathologie neurologique.

Il faut également s'enquérir du statut hormonal de la patiente, savoir si elle est ménopausée et si elle prend un traitement hormonal substitutif.

Il faut établir l'indice de masse corporelle à la recherche d'une obésité favorisant l'IUE. Il faut connaître la profession, savoir si la patiente porte des charges lourdes ou pratique une activité sportive intense.

Il faut recenser les traitements médicamenteux car certains aggravent le statut mictionnel et notamment les anticholinergiques et les opioïdes (diminution de la contraction vésicale) ou les médicaments alpha-bloquants (chute des résistances urétrales).

Il faut rechercher des facteurs d'aggravation chronique de l'incontinence comme la constipation ou la toux chronique.

4.2. Sur le plan urologique

Il est important d'évaluer l'ancienneté des troubles et leur évolution dans le temps. Il faut s'intéresser aux circonstances déclenchantes des épisodes d'incontinence : effort de toux, port de charges, montée/descente des escaliers, rires, éternuement, effort de poussée. Il faut évaluer l'abondance des fuites par le port de protections et leur nombre.

Les signes fonctionnels urinaires peuvent traduire un trouble du stockage vésical (urgenterie, pollakiurie diurne/nocturne) ou des troubles de la vidange vésicale (dysurie, impression de mal vider la vessie).

Il faut relever le catalogue mictionnel si la patiente en a fait un (*cf.* annexe 1).

Il faut rechercher des infections urinaires concomitantes.

La réalisation d'un catalogue mictionnel est recommandée dans l'exploration d'une incontinence urinaire d'effort féminine.

4.3. Sur le plan génito-sexuel

Il faut s'assurer du statut hormonal actuel de la patiente et du fait qu'elle ait un suivi gynécologique régulier, en lui demandant notamment la date des derniers frottis cervico-vaginaux. Il faut lui demander si elle a des métrorragies et des leucorrhées. Il faut rechercher un prolapsus par le biais de l'interrogatoire en évoquant une pesanteur pelvienne ou une saillie vulvaire. Il faut savoir s'il existe une dyspareunie et évaluer le retentissement de l'IU sur la sexualité.

4.4. Sur le plan ano-rectal

Il faut rechercher une constipation et une incontinence anale.

4.5. Retentissement sur la qualité de vie

L'IU est un handicap fréquent. La qualité de vie est évaluée par des questionnaires de symptômes et de qualité de vie (*cf.* annexe 2).

À l'issue de l'interrogatoire

- Classer le type d'incontinence urinaire : incontinence urinaire d'effort, par urgenterie ou mixte.
- Toute urgenterie doit faire rechercher des causes locales d'irritation vésicale : cystite, cancer de vessie, calcul.
- Se méfier d'une pathologie neurologique chez une patiente jeune présentant des urgenteries

avec des signes neurologiques.

- Éliminer ce qui n'est pas une vraie incontinence urinaire.
- Le **retentissement sur la qualité de vie** est crucial.

5. Examen clinique

Il est urologique/gynécologique et neurologique.

La trophicité vulvo-vaginale est évaluée à l'inspection, et la palpation recherche un globe vésical.

Il est important de rechercher un globe vésical cliniquement et en échographie si doute clinique afin de ne pas méconnaître une incontinence urinaire par regorgement.

L'examen se fait dans certaines conditions optimales à vessie pleine, en position gynécologique et en position debout. Il recherche notamment des fuites urinaires à l'effort de toux et de poussée. Il doit permettre la réalisation des manœuvres de soutènement du col vésical, par la manœuvre dite de Bonney (doigts intravaginaux et para-urétraux). D'autres manœuvres de soutènement urétral (MSU) comme la manœuvre d'Ulmsten ou TVT (avec une pince languette) peuvent évaluer la cervicocystoptose. Il est important de rechercher un prolapsus pelvien associé par la manœuvre des valves.

Ne pas oublier que l'IUE fait partie des troubles de la statique pelvienne.

L'IUE peut être masquée par l'effet pelote d'un prolapsus génito-urinaire. Il faut la rechercher après réintégration du prolapsus lors de l'examen.

L'examen périnéal (figure1) apprécie la sensibilité périnéale et donne l'occasion de réaliser un testing musculaire périnéal du sphincter anal et des muscles releveurs de l'anus. Il faut également stimuler les réflexes périnéaux, rotuliens et achilléens.

Figure 1 : Innervation périnéale et réflexes périnéaux

D'après Amarenco et al., Les Fonctions sphinctériennes, Springer Verlag 2006.

En cas de prolapsus associé à une incontinence urinaire, l'utilisation de la classification de Baden et Walker ou de la classification Pop-Q proposée par l'ICS (*International Continence Society*) est recommandée. La classification de l'ICS a le mérite d'être objective et reproductible mais est compliquée et peut être réservée aux études cliniques. En pratique clinique courante, la classification de Baden et Walker en 4 stades est souvent suffisante (tableau 2).

Tableau 2 : Stimulation des réflexes du périnée

Réflexe périnéal	Racine correspondante
Bulbocaverneux ou clitoridien	S3
Réflexe anal	S4

6. Examens complémentaires

Voir tableau 3.

Tableau 3 : Examens complémentaires recommandés dans le bilan d'une incontinence urinaire chez la femme

Examens complémentaires	Indications
Bandelette urinaire ou ECBU	Recommandé si : <ul style="list-style-type: none"> • incontinence urinaire par impériosité ou mixte • patiente 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
Pad test	Non obligatoire Permet de quantifier objectivement l'incontinence
Bilan urodynamique (BUD)	Non obligatoire si incontinence urinaire d'effort pure Avant toute chirurgie d'une incontinence urinaire d'effort pure : <ul style="list-style-type: none"> • permet d'évaluer la qualité de la vidange vésicale par mesure du résidu post mictionnel
	Incontinence urinaire complexe ou compliquée <ul style="list-style-type: none"> • antécédents de chirurgie de l'incontinence urinaire association à des urgenturies avec ou sans fuite incontinence urinaire sévère test à la toux négatif réduction de la capacité vésicale suspicion d'obstruction ou d'hypocontractilité vésicale échec d'un traitement de première ligne
Imagerie	Non recommandée en première intention sauf échographie pour la mesure du résidu postmictionnel
Échographie de l'appareil urinaire	Recommandée pour l'étude du résidu postmictionnel et pour évaluer une bandelette sous urétrale compliquée Optionnelle en cas d'incontinence urinaire complexe ou récidivée, de discordance entre clinique et bilan urodynamique ou en cas de prolapsus Si doute clinique sur mictions par regorgement
Cystographie	Non recommandée en première intention
	Recommandée en cas de : <ul style="list-style-type: none"> • incontinence urinaire complexe, compliquée ou récidivée • discordance entre la clinique et le bilan urodynamique • prolapsus associé. Dans ce cas il convient de préférer une colpocystodéfécographie voire une IRM dynamique
Urétro-cystoscopie	Recommandée lorsqu'il existe : <ul style="list-style-type: none"> • hématurie micro- ou macroscopique nécessitant la recherche d'une tumeur associée surtout en présence de facteurs de risque de tumeur urothéliale

Examens complémentaires	Indications
	<ul style="list-style-type: none"> • signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire • présence de douleurs vésicales ou pelviennes inexplicables • infections urinaires récurrentes • discordance entre symptomatologie et bilan urodynamique • bilan d'un échec, d'une récurrence ou d'une complication de chirurgie de l'incontinence urinaire • suspicion de fistule urogénitale
Cytologie urinaire	Réalisée si : <ul style="list-style-type: none"> • signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire • hématurie microscopique/macrosopique • facteurs de risque de tumeur vésicale

Les principaux éléments du diagnostic de l'incontinence urinaire féminine sont présentés dans la figure 2.

Figure 2 : Arbre diagnostique incontinence urinaire de la femme

7. Prise en charge thérapeutique

7.1. Rééducation périnéo-sphinctérienne

1) Indications

La rééducation est proposée en première intention chez les femmes présentant une IUE avec la prescription de 10 à 20 séances au maximum. En cas d'amélioration objective, la prolongation du traitement est possible (10 à 15 séances).

Intérêt d'une fiche de liaison permettant d'informer le prescripteur et/ou le médecin traitant des résultats de la rééducation (tableau 4).

Tableau 4: Indicateurs permettant de guider les praticiens au cours de la rééducation

Indicateurs du choix des techniques	Indicateurs de surveillance	Indicateurs de résultats
Inspection locorégionale (trophicité, cicatrice, pertes vaginales)	Calendrier mictionnel	Fuites urinaires : échelle MHU, nombre et type de protections
Examen neurologique (sensibilité périnéale)	Testing des releveurs de l'anus	Qualité de vie : Contilife®
Testing des releveurs de l'anus	Fuites urinaires : nombre de protections et type	Force musculaire : testing releveurs de l'anus

2) Techniques de rééducation

Il existe plusieurs techniques de rééducation.

Les exercices du plancher pelvien sont plus efficaces pour améliorer la force musculaire que

l'électrostimulation fonctionnelle ou les cônes.

Les exercices du plancher pelvien associés au *biofeedback* instrumental sont efficaces sur l'incontinence urinaire d'effort.

L'électrostimulation fonctionnelle (fréquence 5 à 25 Hz) et la rééducation comportementale sont efficaces pour améliorer le contrôle des muscles du plancher pelvien, notamment dans les IU par impériosités (tableau 5).

Tableau 5 : Techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne

Techniques de rééducation	Efficacité
Travail manuel intravaginal des muscles du plancher pelvien	Renforcement des muscles du plancher pelvien Amélioration de l'IUE
Biofeedback instrumental	Amélioration du contrôle de la miction en cas d'IUE ou mixte
Électrostimulation fonctionnelle	Amélioration de l'IUE ou par urgenturies à condition de respecter les fréquences appropriées Contre-indications : <ul style="list-style-type: none"> • grossesse • pacemaker • hypoesthésie périnéale
Rééducation comportementale	Amélioration de l'IUE ou par urgenturies
Cônes	Amélioration de la force des muscles du plancher pelvien lors des IUE

7.2. Éliminer les facteurs favorisants

Il faut prescrire des règles hygiéno-diététiques de bon sens comme préconiser la perte de poids et diminuer les boissons le soir (après 18 heures). Il faut traiter des infections urinaires concomitantes, procéder à la régularisation du transit, éventuellement par la prescription de laxatifs. Le traitement de l'atrophie vaginale est nécessaire par la prescription d'oestrogènes d'action locale. Il faut veiller à remplacer les médicaments favorisants dans la mesure du possible.

7.3. Traitement médicamenteux

Il n'existe pas de traitement médicamenteux de l'IUE.

En cas d'IU par urgenturie, on peut prescrire des anticholinergiques comme l'oxybutinine (Ditropan®) ou la solifénacine (Vésicare®).

7.4. Traitement chirurgical

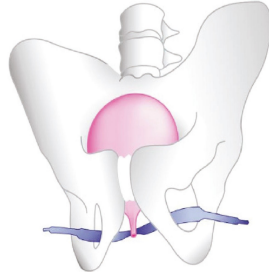
En cas d'IUE par cervico-cystoptose/hypermobilité urétrale, une bandelette sous-urétrale synthétique (figure 3) de type TOT (*Trans Obturator Tape*) ou TVT (*Trans Vaginal Tape*) (voire une cervico-cystopexie selon Burch) est le plus souvent proposée.

Les manœuvres de soutènement du col (Bonney) ou de l'urètre moyen positives sont prédictives d'un bon

résultat chirurgical de la bandelette.

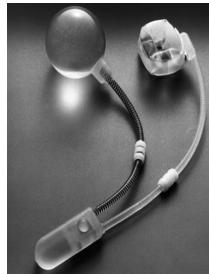
En cas d'IUE par insuffisance sphinctérienne, le sphincter urinaire artificiel (figure 4) est le traitement de référence. Il existe également des dispositifs mini-invasifs comme les ballons péri-urétraux lorsque l'IU est modérée ou que le sphincter urinaire artificiel est contre-indiqué (troubles cognitifs...).

Figure 3 : Bandelette sous-urétrale



Fiches d'information AFU « Interventions » Urofrance, www.urofrance.org

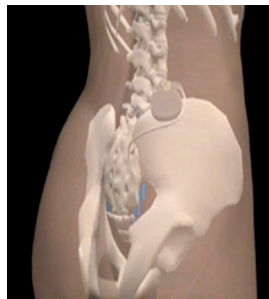
Figure 4 : Sphincter urinaire artificiel



D'après « Sphincters urinaires artificiels chez la femme : indications, techniques, résultats », Morgan Rouprêt, Emmanuel Chartier-Kastler, François Richard, Prog Urol 2005, 15, 3, 489–493. Copyright Elsevier Masson SAS

En cas d'IU par urgenturies réfractaire au traitement médicamenteux par anticholinergiques, la neuromodulation sacrée (figure 5) (implantation d'une électrode de stimulation en regard de la racine sacrée S3) est parfois une option envisageable ou bien l'injection intradétrusorienne de toxine botulique A (prescription hors AMM) qui constitue une solution de recours en cas d'échec des autres techniques.

Figure 5 : Neuromodulation sacrée



Fiches d'information AFU « Interventions » source AFU, www.urofrance.org

Les principaux éléments du traitement de l'incontinence urinaire féminine sont présentés dans la figure 6.

Figure 6 : Arbre thérapeutique incontinence urinaire de la femme

8. Incontinence urinaire de l'homme

8.1. Étiologies

Les causes d'IU chez l'homme sont liées à un contexte souvent évident (tableau 6).

Tableau 6 : Étiologies de l'incontinence urinaire de l'homme

Chirurgie de l'HBP	Après résection transurétrale de prostate ou adénomectomie IU par insuffisance sphinctérienne ou urgenturies Si persistance de symptômes au-delà de 6 mois, endoscopie et BUD afin de vérifier l'intégrité de la filière urétrale et du système sphinctérien
Cancer de prostate	Après prostatectomie radicale : IU par IS, parfois urgenturie Persistance d'une IU sévère à 2 ans < 10 %
Traumatisme pelvi-périnéal	Fractures du bassin et de l'urètre. IU par IS Incontinence difficile à traiter, souvent sphincter urinaire artificiel
Iatrogénie	Après chirurgie pelvienne carcinologique (cancer de prostate, vessie, rectum), ou radiothérapie pelvienne. Possible dénervation périphérique ± lésion sphinctérienne ± capacité vésicale réduite (radiothérapie). IS et/ou urgenturies (par cystite radique ou troubles de compliance)
Incontinence par regorgement	Si rétention vésicale chronique
Incontinence par urgenturies	Étiologies similaires à celles des pollakiuries
Neurologique	Centrale ou périphérique

8.2. Examen clinique

L'interrogatoire s'attache à préciser :

- les antécédents de chirurgie de prostate ou du rectum ;
- une intoxication tabagique ou une exposition professionnelle ;
- les traitements actuels ;
- la date d'apparition de l'IU et lien avec un événement particulier ;
- l'évolution de l'IU et les traitements antérieurs entrepris ;
- les circonstances de survenue ;
- les troubles mictionnels associés : dysurie, pollakiurie, urgenturies, etc. ;
- l'incontinence anale associée ;
- la dysfonction érectile associée ;
- le calendrier mictionnel ;
- le nombre et le type de garnitures utilisées ;
- le retentissement sur la qualité de vie.

L'inspection recherche une voussure abdominale évoquant un globe vésical.

La palpation/percussion recherche un globe vésical afin d'éliminer une incontinence par regorgement.

Le toucher rectal est essentiel afin d'estimer le volume prostatique ou un nodule suspect de cancer.

8.3. Examens complémentaires

Les examens complémentaires et leurs indications sont les mêmes que chez la femme.

En cas d'IUE pure, aucun examen complémentaire n'est nécessaire, à moins qu'une chirurgie n'ait été décidée.

8.4. Traitement

Il faut toujours éliminer des mictions par regorgement.

Si tel est le cas, il faut rechercher la cause et le traitement étiologique si possible.

1) Rééducation

La rééducation périnéo-sphinctérienne est toujours proposée en première intention à raison de 15–20 séances.

2) IUE par IS

Un traitement chirurgical est proposé en cas d'échec de la rééducation périnéo-sphinctérienne et après avoir objectivé l'IS au BUD.

Dans ce cas, on propose soit un sphincter urinaire artificiel en première intention (traitement de référence), soit une bandelette sous-urétrale ou des ballonnets péri-urétraux en cas d'IU modérée ou en cas de contre-indications au sphincter urinaire artificiel.

3) IUE par urgenturie

On proposera une rééducation, un traitement médicamenteux par anticholinergiques en première intention, une neuromodulation sacrée ou des injections intradétrusorienne de toxine botulique A (hors AMM) en cas d'échec.

9. Annexes

9.1. Catalogue mictionnel

D'après Recommandations pour l'utilisation du calendrier mictionnel et des questionnaires de symptômes ou de qualité de vie dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique, Loïc Le Normand. Progrès en Urologie (2007), 17 ; 1252–1263.

L'utilisation d'un calendrier (ou catalogue) mictionnel est recommandée pour l'évaluation d'une incontinence urinaire (figure7).

- le retentissement sur la qualité de vie doit également être évalué à l'aide de questionnaires de qualité de vie validés en français (ICIQ®, CONTILIFE®...).

Prise en charge :

- les examens complémentaires sont guidés par la clinique et ne doivent jamais la remplacer ;
- ils ne sont pas systématiques en cas d'IUE pure sauf si une chirurgie est envisagée. En cas d'IU par urgenturie, il faut éliminer systématiquement une autre cause d'irritation vésicale : cystite, tumeur, calcul ;
- en cas de mictions par regorgement, il faut en premier lieu traiter l'obstacle sous-vésical ;
- la rééducation est toujours proposée en première intention. Elle s'accompagne de la correction des facteurs favorisants ou aggravants.

Chez la femme :

- En cas d'IUE par cervicocystoptose/HMU :
 - si échec de la rééducation et manœuvres de Bonney ou de soutènement de l'urètre moyen positives : bandelette sous-urétrale en première intention après avoir éliminé un trouble de la vidange vésicale ou hyperactivité détrusorienne au BUD.
- En cas d'IUE par IS :
 - sphincter urinaire artificiel si pas de troubles cognitifs permettant l'utilisation ;
 - ballons péri-urétraux en solution de recours (troubles cognitifs, CI à l'anesthésie générale...).
- En cas d'IU par urgenturie :
 - après avoir éliminé une cause d'irritation vésicale et si échec de la rééducation ;
 - traitement médicamenteux par anticholinergiques ;
 - si IU par urgenturie réfractaire au traitement médicamenteux :
 - neuromodulation sacrée,
 - injection intradétrusoriennede toxine botulique A (attention hors AMM).

Chez l'homme :

- En cas d'IUE (post-prostatectomie, post-chirurgie HBP, post-traumatique et/ou dénervation périphérique) :
 - sphincter urinaire artificiel : traitement de référence++ en cas d'IS objectivée au BUD et pas d'hyperactivité détrusorienne associée ;
 - en cas d'incontinence urinaire modérée : bandelettes sous-urétrales ;
 - ballons péri-urétraux en cours d'évaluation dans l'IUE modérée et à choisir en solution de recours (troubles cognitifs, CI à l'anesthésie générale...).
- En cas d'IU par urgenturies :
 - traitement médicamenteux par anticholinergiques ;
 - Si IU par urgenturie réfractaire au traitement médicamenteux : neuromodulation sacrée ou injection de toxine botulique A intradétrusorienne (attention hors AMM) ;
 - si contexte d'HBP, anticholinergiques possibles associés au traitement médicamenteux de l'HBP (attention au risque de rétention). Chirurgie en cas d'échec.
- Suivi : évaluation et suivi des résultats dans le temps par questionnaires de symptômes et de qualité de vie.

Annexes

Recommandation

- [Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000. Liens](#)

- [Fiches d'information AFU "Interventions"](#)
- [Recommandations de l'Association française d'urologie. Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique. 2010](#)
- [Recommandations de l'Association française d'urologie. Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.](#)
- [Recommandations Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Mai 2003](#)