

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

EVALUATIONS

2014

QCM

QUESTION 1/5 :

Une incontinence urinaire permanente chez la femme doit faire évoquer :

- A - Une incontinence urinaire par urgenturie
- B - Une fistule vésico-vaginale
- C - Une insuffisance sphinctérienne majeure
- D - Une incontinence urinaire par regorgement
- E - Une incontinence urinaire psychogène
- F - Un abouchement ectopique d'un uretère
- G - Un trouble neurologique

(Réponse : BCDFG)

QCM

QUESTION 2/5 :

Les examens complémentaires à réaliser devant une incontinence urinaire par urgenturies sont :

- A - Aucun examen en première intention
- B - Bilan urodynamique
- C - IRM pelvienne dynamique
- D - Échographie vésico-rénale
- E - Cytologie urinaire

(Réponse : BDE)

QCM

QUESTION 3/5 :

Le traitement médicamenteux par anticholinergiques peut s'accompagner des effets secondaires suivants :

- A - Nausées, vomissements
- B - Céphalées
- C - Constipation
- D - Rétention aiguë d'urine
- E - Sensation de bouche sèche

(Réponse : CDE)

QCM

QUESTION 4/5 :

La rééducation périnéo-sphinctérienne :

- A - A pour objectif de renforcer les muscles abdominaux
- B - A pour objectif de renforcer les muscles du plancher pelvien
- C - Doit être continuée si efficace
- D - N'a pas d'intérêt dans l'incontinence urinaire par urgenturies
- E - Est réalisée par un kinésithérapeute spécialisé

(Réponse : BCE)

QCM

QUESTION 5/5 :

L'implantation d'un sphincter urinaire artificiel :

- A - Est indiquée dans l'IUE par insuffisance sphinctérienne
- B - Est indiquée dans l'incontinence urinaire mixte
- C - Est contre-indiquée en cas d'infection urinaire en cours de traitement
- D - Est contre-indiquée en cas de troubles cognitifs
- E - Est contre-indiquée en post-prostatectomie pour cancer de prostate

(Réponse : ABCD)

QROC

QUESTION 1/7 :

Quels sont les principaux facteurs de risques de l'incontinence urinaire d'effort de la femme ?

Réponse attendue :

- Âge.
- Ethnie (plus fréquente chez les Caucasiennes > Africaines).
- Obésité.
- Diabète.
- Antécédents gynéco-obstétricaux : parité (> 3 accouchement par voie basse), traumatisme obstétrical, absence de rééducation périnéo-sphinctérienne en post-partum.
- Statut hormonal : ménopause, préménopause, absence de traitement hormonal substitutif.
- Circonstances déclenchantes ou facteurs aggravants :
 - prise médicamenteuse ;
 - efforts de poussées abdominales répétés : constipation/fécalome, toux chronique.

- Profession à risque.
- Prolapsus génital associé.
- Maladie neurologique évolutive, troubles cognitifs, réduction de la mobilité.
- Antécédents de chirurgie périnéo-pelvienne.
- Activité sportive intense.
- Erreurs hygiéno-diététiques.

QROC

QUESTION 2/7 :

Quels sont les types d'incontinence urinaire rencontrés chez la femme ?

Réponse attendue :

Trois grands types d'incontinence urinaire chez la femme :

- incontinence urinaire d'effort par cervico-cystoptose/hypermobilité urétrale ;
- incontinence urinaire d'effort par insuffisance sphinctérienne ;
- incontinence urinaire mixte.

Ne pas méconnaître une incontinence urinaire permanente ou par regorgement.

QROC

QUESTION 3/7 :

Quel est le traitement de l'incontinence urinaire réfractaire aux anticholinergiques ?

Réponse attendue :

- Neuromodulation des racines sacrées.
- Injection de toxine botulique intradétrusorienne (toxine botulique A, hors AMM).
- Chirurgie d'agrandissement vésical (entérocystoplastie d'agrandissement).

QROC

QUESTION 4/7 :

Quelles sont les techniques de rééducation périnéo-sphinctériennes ?

Réponse attendue :

- Renforcement des muscles du plancher périnéal par travail manuel et exercices spécifiques du plancher pelvien.
- Biofeedback instrumental.
- Électrostimulation fonctionnelle.
- Rééducation comportementale.

QROC

QUESTION 5/7 :

Quels sont les principes d'un bilan urodynamique, et quels sont les renseignements fournis en cas d'incontinence urinaire par urgenturies ?

Réponse attendue :

- Débitmétrie : permet d'objectiver une dysurie.
- Profilométrie urétrale (= uréthro-manométrie) :
 - renseigne sur la pression de clôture ;
 - permet d'objectiver une insuffisance sphinctérienne associée.
- Cystomanométrie :
 - renseigne sur la sensibilité vésicale, la compliance vésicale, la contractilité vésicale ;
 - permet d'objectiver une vessie hyperactive (contractions désinhibées du détrusor = hyperactivité détrusorienne) à l'origine de la symptomatologie.

N.B : dans l'incontinence urinaire par urgenturies ou dans le syndrome d'hyperactivité vésicale, l'hyperactivité détrusorienne n'est pas toujours objectivée au BUD, sans remettre en cause le diagnostic qui est clinique.

QROC

QUESTION 6/7 :

Que doit-on rechercher à l'examen clinique en cas de prolapsus vésical (= cystocèle, = colprocèle antérieure) ?

Réponse attendue :

- Trophicité vulvo-vaginale (témoin de l'imprégnation œstrogénique).
- Prolapsus des autres étages associés :
 - prolapsus moyen : hystérocèle (ou hystéroptose) ;
 - prolapsus de l'étage postérieur : élytrocèle (cul-de-sac de Douglas) ou rectocèle.
- Recherche de fuites à la toux lors de la réduction du prolapsus (témoin d'une incontinence urinaire masquée = « effet pelote » de la cystocèle).
- Recherche d'un trouble de la vidange vésicale :
 - dysurie (débitmétrie) ;
 - mesure du résidu postmictionnel (échographie) ;
 - recherche de globe vésical (témoin d'un trouble de vidange majeur).

QROC

QUESTION 7/7 :

Quelles peuvent être les causes d'une incontinence urinaire permanente chez la femme ?

Réponse attendue :

- Causes neurologiques.
- Insuffisance sphinctérienne majeure.
- Abouchement urétéral ectopique.
- Fistule vésico-vaginale.

Cas clinique

Scénario :

Madame F., 46 ans, vous consulte car elle présente depuis de nombreuses années maintenant des fuites d'urine.

Elle fume 5 cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans.

Elle n'a pas d'antécédents particuliers, a eu trois enfants tous nés par voie basse. Le travail a été un peu long à chaque fois, mais les accouchements se sont déroulés sans problème, sauf pour le dernier où les forceps ont dû être utilisés.

Les fuites d'urines surviennent exclusivement au décours des efforts de toux ou lors de port de charges lourdes.

Madame F. est cadre supérieur de santé et se dit très gênée au quotidien.

QUESTION 1/7 :

Quel est le diagnostic le plus probable ? Complétez l'interrogatoire et l'examen clinique de Madame F.

Réponse attendue :

Incontinence urinaire d'effort :

- Fuites au moment des efforts (toux, port de charges lourdes)
- Facteurs de risques d'incontinence urinaire d'effort
 - âge
 - 3 accouchements voie basse
 - traumatisme obstétrical : notion de travail long, recours aux forceps

Interrogatoire :

- Recherche d'éléments en faveur d'une incontinence urinaire d'effort
 - fuites aux efforts
 - non précédée de besoin
 - pas de fuites au repos
 - utilisation de questionnaires de symptômes validés en français
 - calendrier mictionnel
- Recherche de facteurs de risques d'incontinence urinaire d'effort
 - absence de rééducation périnéale en post-partum
 - obésité
 - statut hormonal (ménopause ou préménopause)
 - sport intense
- Recherche de circonstances déclenchantes et facteurs aggravants
 - toux chronique
 - constipation chronique
 - troubles de la statique pelvienne, prolapsus
- Quantification des fuites
 - Nombre et type de protections/j
 - Pad test
- Évaluation de la gêne occasionnée/du retentissement social
 - utilisation de questionnaires de qualité de vie validés en français
 - activité sexuelle
- Recherche d'éléments en faveur d'une incontinence urinaire par urgenturie
 - signes fonctionnels urinaires évocateurs d'hyperactivité vésicale associée pollakiurie diurne et nocturne, urgenturies, brûlures mictionnelles
 - cystites à répétition
 - ATCD de lithiases vésicales
 - ATCD d'irradiation pelvienne
- Autres signes fonctionnels urinaires associés
 - dysurie
 - hématurie

Examen clinique :

- Poids et taille et calcul de l'Index de masse corporelle à la recherche d'obésité
- Examen clinique en position gynéco et vessie pleine
- Examen réalisé au repos et en poussée abdominale
 - inspection :
trophicité des tissus

prolapsus génital extériorisé ou s'extériorisant à la poussée, manœuvre des valves

- palpation :

recherche de globe vésical et possibles mictions par regorgement

touchers pelviens :

toucher vaginal et toucher rectal

testing musculaire

et sensibilité périnéale

- Mise en évidence d'une hypermobilité urétrale

- Et d'une fuite d'urine lors des efforts de poussées abdominales et de toux

- Corrigées par les manœuvres :

- de soutènement du col vésical (Bonney)

- de soutènement de l'urètre moyen (manœuvre TVT)

- BU

- Examen neurologique périnéal :

- sensibilité périnéale

- testing musculaire par touchers pelviens

- Réflexes ostéotendineux des membres inférieurs

QUESTION 2/7 :

Quels examens complémentaires prescrivez-vous à Madame F. ? Dans quel but ?

Réponse attendue :

BU et ECBU

- recherche d'infection urinaire et d'hématurie macroscopique

Échographie vésico-rénale :

- recherche d'un résidu postmictionnel

- recherche d'une tumeur vésicale ou lithiase vésicale

Urétro-cystoscopie :

- si symptômes irritatifs associés (syndrome d'hyperactivité vésicale)

- si hématurie associée

- car tabagisme actif non sevré

Frottis cervical

- recherche d'une dysplasie du col utérin

- systématique avant toute chirurgie fonctionnelle chez la femme

Bilan uro-dynamique

- si geste chirurgical envisagé

- comprenant une débitmétrie, une cystomanométrie, et une profilométrie urétrale

- afin de rechercher une éventuelle insuffisance sphinctérienne associée, une hyperactivité détrusorienne ou une hypo-ou acontractilité vésicale

QUESTION 3/7 :

Votre diagnostic de la question A est confirmé. Quelle stratégie thérapeutique proposez-vous à la patiente ?

Réponse attendue :

On débute par une rééducation périnéo-sphinctérienne

- à raison de 20 séances

- travail manuel, biofeedback, électrostimulation

Afin de renforcer les muscles du plancher périnéal dont les releveurs de l'anus

Évaluation de l'efficacité au décours

- si efficace, possibilité de prolonger le traitement (10–15 séances)

- si inefficace, traitement chirurgical avec mise en place d'une bandelette sous-urétrale

Arrêt du tabac

Traiter les facteurs favorisants associés (constipation chronique, toux chronique, obésité, port de charges lourdes)

Règles hygiéno-diététiques

QUESTION 4/7 :

Madame F. est finalement opérée. Vous la revoyez 1 an plus tard. Malgré un résultat satisfaisant au début, la situation semble s'être dégradée. En effet, elle présente depuis plusieurs mois des brûlures mictionnelles et doit aller uriner très fréquemment de jour comme de nuit. Parfois les envies sont tellement fréquentes qu'il lui arrive de perdre ses urines. Quel diagnostic envisagez-vous, et quels examens complémentaires demandez-vous ?

Réponse attendue :

Syndrome d'hyperactivité vésicale

– car IU par urgenturies (= impériosités)

– brûlures mictionnelles

– pollakiurie

– secondaire à la pose de la bandelette sous-urétrale

Il faut vérifier l'absence d'autres causes d'irritation vésicale

– BU et ECBU :

• recherche d'infection urinaire et hématurie

– une cytologie urinaire

• recherche de dysplasie vésicale

– échographie rénale et vésicale

• recherche d'un résidu postmictionnel ou d'un retentissement sur le haut appareil urinaire

– fibroscopie uréthro-vésicale

• recherche d'une érosion de la muqueuse vésicale ou urétrale par la bandelette, un calcul, une tumeur de vessie

– une débitmétrie à la recherche d'une obstruction

QUESTION 5/7 :

Quel traitement proposez-vous s'il s'agit d'une forme idiopathique ?

Réponse attendue :

Traitement symptomatique :

– médicamenteux par anticholinergique (chlorhydrate d'oxybutinine, trospium)

– sauf contre-indications

– en prévenant des effets secondaires possibles : constipation et sécheresse des muqueuses

QUESTION 6/7 :

Mme F. revient vous voir 24 h après le début du traitement. Depuis le matin, elle a très mal à l'œil gauche et ne voit plus rien de cet œil. Quel diagnostic suspectez-vous ? Quels autres signes recherchez-vous à l'examen clinique ?

Réponse attendue :

Glaucome aigu par fermeture de l'angle

– secondaire à la prise d'anticholinergiques

Il faut rechercher à l'examen :

– un œil rouge

– un cercle péri-kératique

– un œdème cornéen

- une semi-mydriase aréflexique
- un œil dur au palper digital
- une tension oculaire très élevée
- des nausées, des vomissements ainsi que des céphalées sont possibles

QUESTION 7/7 :

Quel traitement instaurez-vous ?

Réponse attendue :

Urgence ophtalmologique

Hospitalisation en service spécialisé

Arrêt du traitement anticholinergique

Pose d'une voie veineuse périphérique pour :

– traitement par Diamox®

• une ampoule intraveineuse à renouveler après 20 min

– Mannitol

– Myotiques collyres dans les 2 yeux

• au bout de 30 minutes on prescrit pilocarpine 2 % en instillation locale tous les quarts d'heure pendant une heure dans l'œil gauche

• l'œil adelphe est également protégé par pilocarpine 2 % une instillation trois fois par jour

Il faudra ensuite envisager un traitement chirurgical afin d'éviter la récurrence : iridotomie bilatérale au laser

N.B : le traitement médical pourra être repris après traitement chirurgical