

Rire à nouveau sans risques

Face au problème tabou de l'incontinence urinaire, les solutions thérapeutiques les plus adéquates ne sont pas toujours appliquées, souvent par méconnaissance de leur existence.

Un éternuement, un éclat de rire... et c'est l'accident : les pertes urinaires rappellent confusément les derniers pipis au lit. Avec, souvent, le même sentiment de honte qui a pu les accompagner. Selon l'étude de référence en la matière, en Belgique (1), une personne sur trois ne parle pas de son problème d'incontinence. Parfois, une impression de fatalité domine chez les personnes qui connaissent ce symptôme :

«Grand-mère était comme ça»... En tout cas, un grand nombre ignore l'existence de solutions thérapeutiques pour régler leur problème. La grande majorité des personnes concernées (de 70 à 75 % !) ne recherchent donc aucun remède et 20 % se résolvent aux protections anti-fuites.

Les femmes représentent les trois quarts des personnes touchées par l'incontinence urinaire, et la totalité des cas d'incontinence urinaire à l'effort, c'est-à-dire une perte d'urine survenant de façon ponctuelle, à différents degrés, lors d'un effort physique, sportif ou autre (un smash au tennis, une quinte de toux ou un éclat de rire, par exemple). Ce type d'incontinence résulte, dans la majorité des cas, d'une «descente» du col de la vessie à l'effort, liée le plus souvent à un

relâchement des muscles du vagin (2). Elle touche les femmes de tout âge, plus particulièrement celles qui ont eu des enfants, et elle peut s'accroître à la ménopause. Chez les hommes, le problème est différent : l'incontinence se manifeste par des envies fréquentes et impérieuses d'uriner, souvent pour de petits volumes d'urine, voire par des pertes si l'on ne peut se rendre immédiatement aux toilettes. «Ce type d'incontinence est principalement dû au vieillissement de la vessie et à la présence d'un adénome prostatique, explique le Pr Claude Schulman, chef du service d'urologie de l'hôpital Erasme, à Bruxelles. La vessie se contracte alors de façon intempestive, sans que l'on puisse la contrôler ou l'inhiber volontairement. L'incidence des troubles de la continence chez l'homme devient significative avec l'âge : elle s'élève à 5 % à partir de 50 ans et grimpe jusqu'à près de 14 % après 70 ans.»

L'irritabilité de la vessie n'est cependant pas spécifique à l'homme. Elle touche un grand nombre de femmes. Des examens médicaux sont souvent nécessaires pour détecter l'origine de ce problème : examen bactériologique, urodynamique, etc. «Le traitement est, en général, médicamenteux, en relation avec l'origine du problème, ajoute le Pr Schulman. Dans un grand nombre de cas, chez ces femmes, un traitement aux anticholinergiques diminue de façon significative les symptômes urinaires, avec néanmoins, parfois, quelques effets secondaires : sensation de sécheresse»

Les trois quarts des personnes touchées par les problèmes d'incontinence sont des femmes. Pas toujours âgées...



BENELUX PRESS

se dans la bouche, somnolence, vision trouble...»

En revanche, aucun médicament ne peut soigner l'incontinence à l'effort qui touche la majorité des femmes concernées et qui représente, de façon globale, la majorité des cas. «L'affaiblissement des muscles du plancher pelvien ou périnée (entre autres, les muscles du vagin) et de la sangle abdominale provoque un abaissement de la vessie, précise le Pr Schulman. L'angle que forme l'urètre avec la verticale augmente, favorisant ainsi mécaniquement l'écoulement de l'urine.»

«Les grossesses et la ménopause favorisent le développement d'une incontinence urinaire à l'effort, même si celle-ci survient ultérieurement», remarque Anne-France Agnessen, kinésithérapeute spécialisée en uro-gynécologie au Centre hospitalier universitaire de Liège. C'est pourquoi, idéalement, il faudrait faire un bilan «mécanique» de ces muscles après l'accouchement, afin de détecter les personnes à risque, c'est-à-dire manifestant une faiblesse de «tonus» musculaire. «Cet examen est non douloureux, précise Frédéric Penners, kinésithérapeute-spécialiste en uro-gynécologie. Il est effectué en quelques minutes, à l'aide d'un appareillage endo-vaginal informatisé, que possèdent la plupart de nos collègues spécialistes.» Certes, des femmes qui n'ont pas d'enfants peuvent être incontinentes à l'effort. Et toutes les femmes qui accouchent ne développent pas nécessairement ce symptôme. Mais si l'on constate un déficit des muscles du plancher pelvien après l'accouchement, il est clair que le risque s'accroît lors d'un deuxième accouchement ou à la ménopause, lorsque la chute d'œstrogènes entraîne une diminution de la résistance des tissus du plancher pelvien.

La solution consiste, dans ce cas, à se lancer dans une prévention par une «tonification» (une augmentation de la résistance) du plancher pelvien et de la sangle abdominale. «Mais sans faire des abdominaux», insistent Anne-France Agnessen et Frédéric Penners. En effet, lorsqu'on pratique des exercices d'abdos «classiques», comme c'est le cas



Benelux Press

Après un accouchement, gare aux «abdos» sans contrôle destinés à faire retrouver au plus vite un ventre plat.

dans les salles d'aérobic, par exemple, on augmente la pression dans l'abdomen. On contraint alors fortement le plancher pelvien et la sangle abdominale qui, s'ils sont déficients, se relâchent davantage encore, faisant descendre la vessie (et parfois le rectum) en aggravant le problème d'incontinence.

En Belgique, le fondateur de la rééducation uro-gynécologique, le Dr Caufriez, enseignant et chercheur à l'ULB, a mis au point la «gymnastique abdominale hypopressive» (3), qui «permet d'abaisser la pression relative dans l'abdomen, explique-t-il. Il n'est pas question de forcer sur les abdos. Mais nous faisons prendre à la patiente toute une série de postures qui l'amènent, sans effort, à contracter de façon réflexe — et non pas volontairement — la sangle abdominale et les muscles du périnée.»

Pas de geste magique

«La méthode de Caufriez possède aussi un avantage supplémentaire, commente Anne-France Agnessen. Elle améliore le schéma corporel.» «Et ce à un tel point, ajoute Frédéric Penners, qu'elle diminue souvent les douleurs dorsales chez le patient qui en souffre.» Cette méthode, très efficace, ne ressemble pas à un geste magique : elle nécessite une bonne motivation de la part des patients. En effet, la «tonification»

du plancher pelvien ne s'obtient, en moyenne, qu'au bout de six mois, au prix d'un entraînement quotidien d'une vingtaine de minutes.

En France, le Dr Bernadette de Gasquet a développé une méthode de prévention plus spécifique à l'accouchement (4). Selon elle, la distension de la sangle abdominale et, surtout, du périnée trouve en grande partie son origine dans les efforts de poussée pratiqués lors de «l'expulsion» du bébé en salle d'accouchement. Les poussées expulsives devraient donc être remplacées par des techniques posturales (accouchement accroupi ou assis) associées à une respiration spécifique.

Bien qu'expérimentale, cette méthode suscite des échos dans de nombreux pays et l'on trouve même, dans certaines maternités de notre pays, les «chaises d'accouchement du futur». D'autres techniques font également l'objet de recherches. Quoi qu'il en soit, chaque cas doit être considéré individuellement et, lors de l'apparition de symptômes d'incontinence urinaire, des examens médicaux, préalables à tous traitements, sont indispensables. Enfin, pour les cas d'incontinence les plus sévères, la chirurgie s'impose. «Les techniques se sont multipliées ces dernières années, remarque le Pr Schulman. L'une des plus récentes et des moins invasives consiste à opérer par voie vaginale, sous anesthésie locale, et à placer un coussinet sous la vessie. Le problème, c'est que le résultat de l'opération n'est souvent efficace que pendant quelques années, puis les choses ont tendance à se dégrader à nouveau. C'est la raison pour laquelle la chirurgie doit rester le dernier recours.» ●

Nathalie Grafe

(1) Urinary Incontinence in Belgium : a Population-Based Epidemiological Survey, C. Schulman, H. Claes, J. Matthijs. *European Urology*, 1997, 32, p. 315-320.

(2) Thérapies manuelles et instrumentales en uro-gynécologie, M. Caufriez, 1988, *Collection Maïte*.

(3) Gymnastique abdominale hypopressive, M. Caufriez, 1997.

(4) Bien-être et maternité, B. de Gasquet, 1997, *éditions Implexe*.