

L'INCONTINENCE

PHYSIOLOGIE
PRÉVENTION LORS DE L'ACCOUCHEMENT
RECOMMANDATIONS AU COURS DE LA
PRISE EN CHARGE DU PROLAPSUS

Docteur Eric Le Goupils

JMH Janvier 2018

Déclaration d'intérêt?

- ▣ Pierre Fabre
- ▣ Coloplast
- ▣ Ferring
- ▣ Teva astellas
- ▣ MSD
- ▣ Bayer
- ▣ Ferring
- ▣ Iprad
- ▣ Ethicon
- ▣ GE

L'INCONTINENCE

PHYSIOLOGIE
PRÉVENTION LORS DE L'ACCOUCHEMENT
RECOMMANDATIONS AU COURS DE LA
PRISE EN CHARGE DU PROLAPSUS

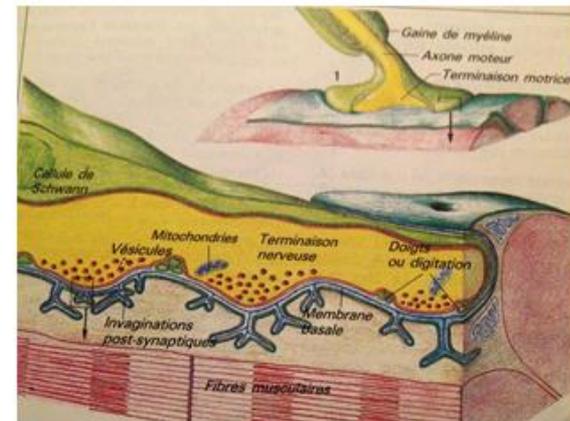
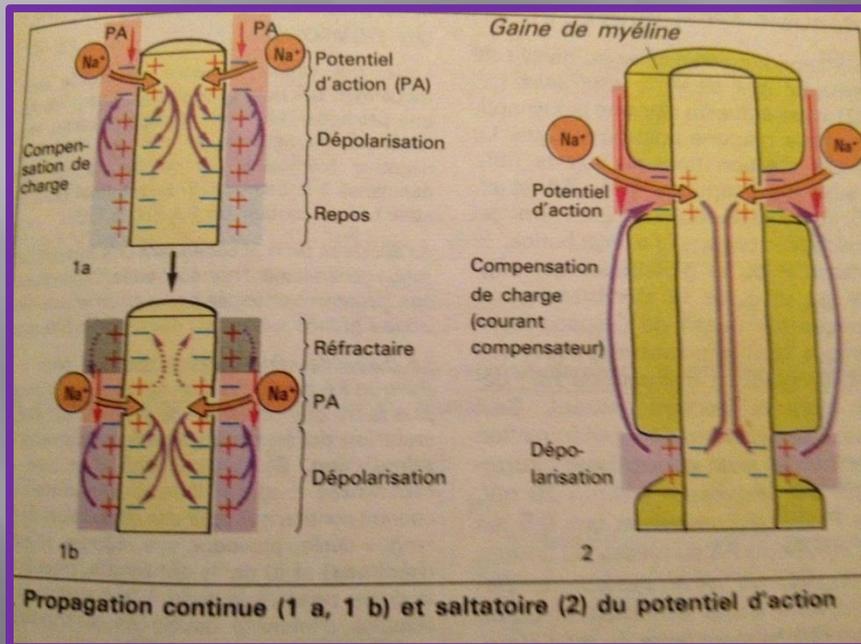
Docteur Eric Le Goupils

JMH Janvier 2018

Physiologie

MOUVEMENTS IONIQUES

PLAQUE NEURALE

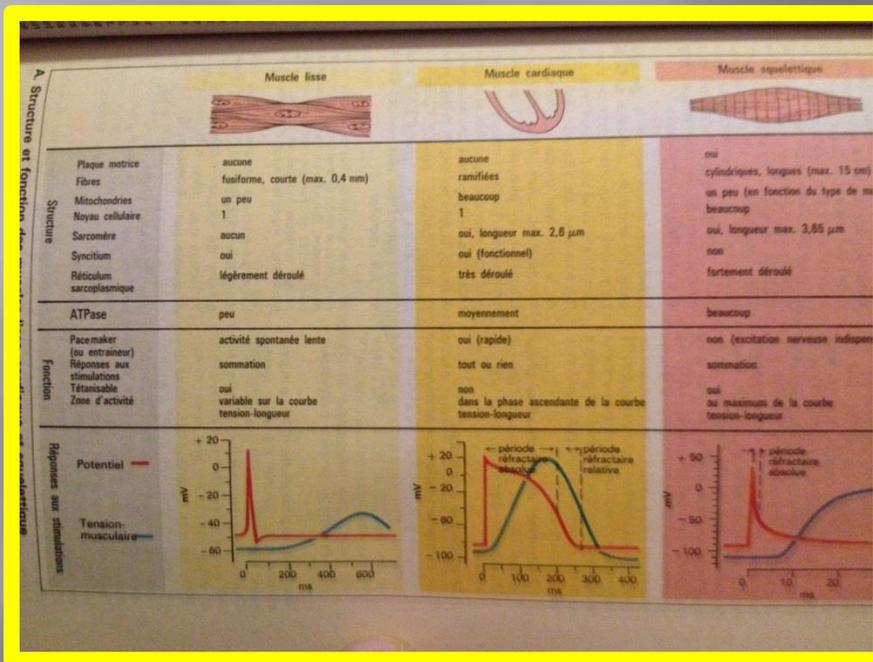


Réponse Musculaire

▣ FORCE

▣ VITESSE

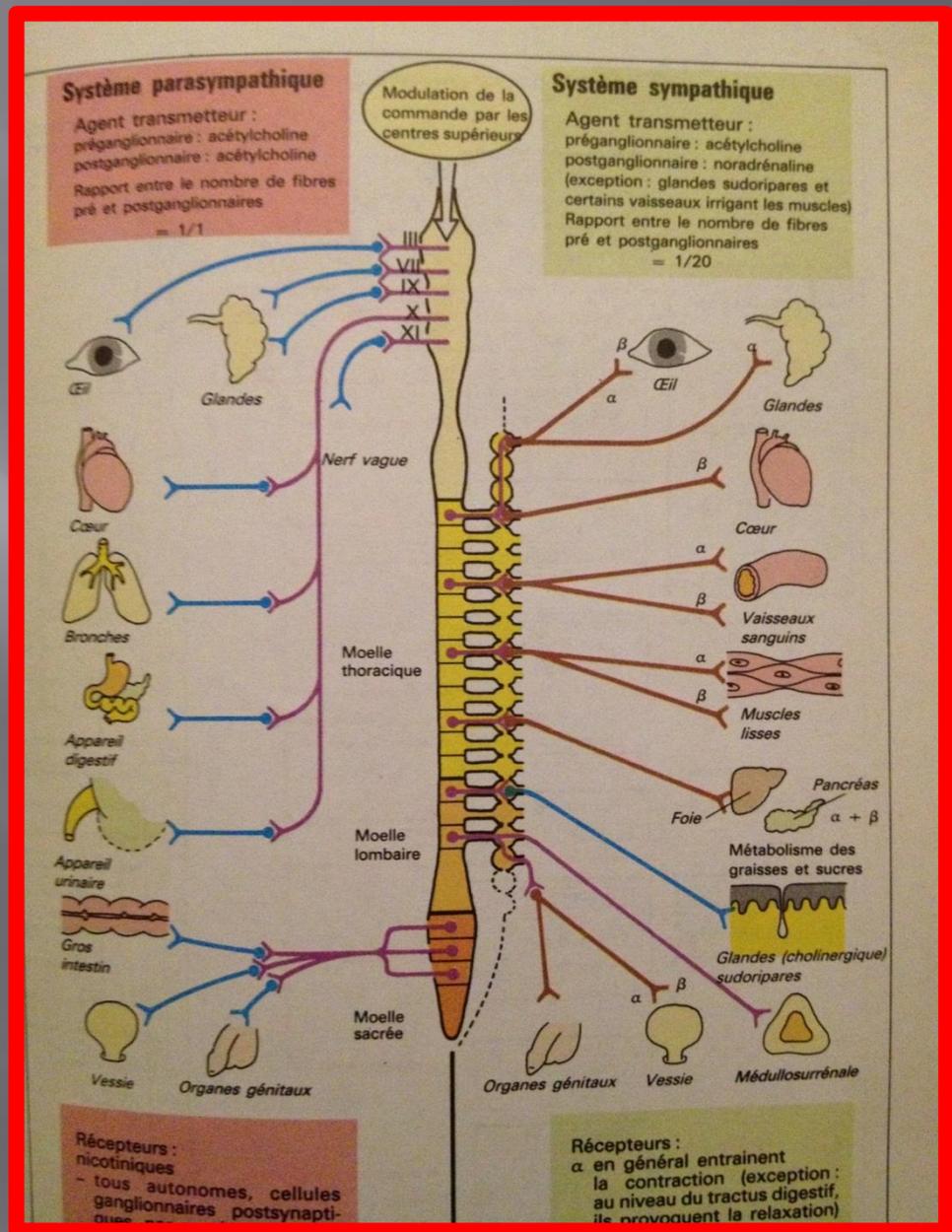
▣ DUREE



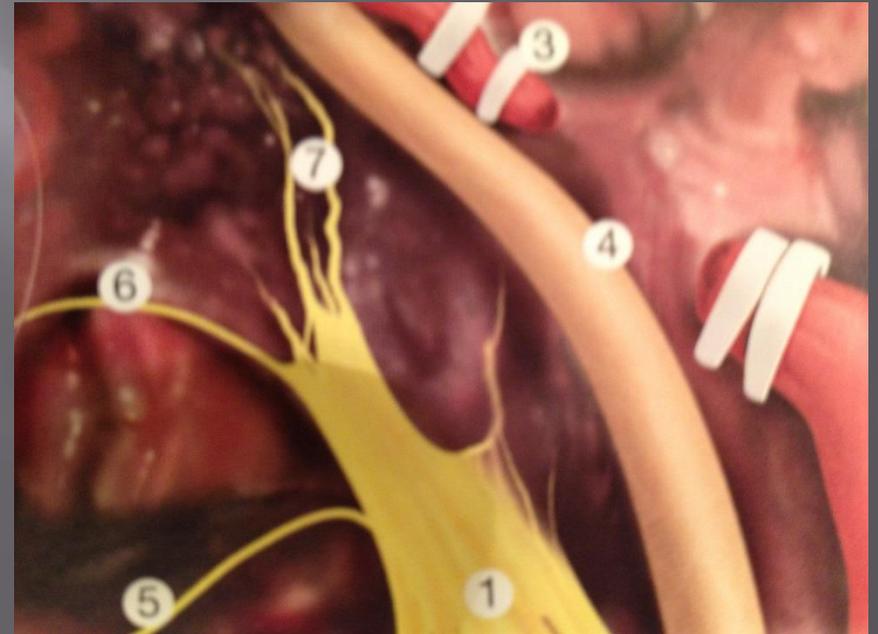
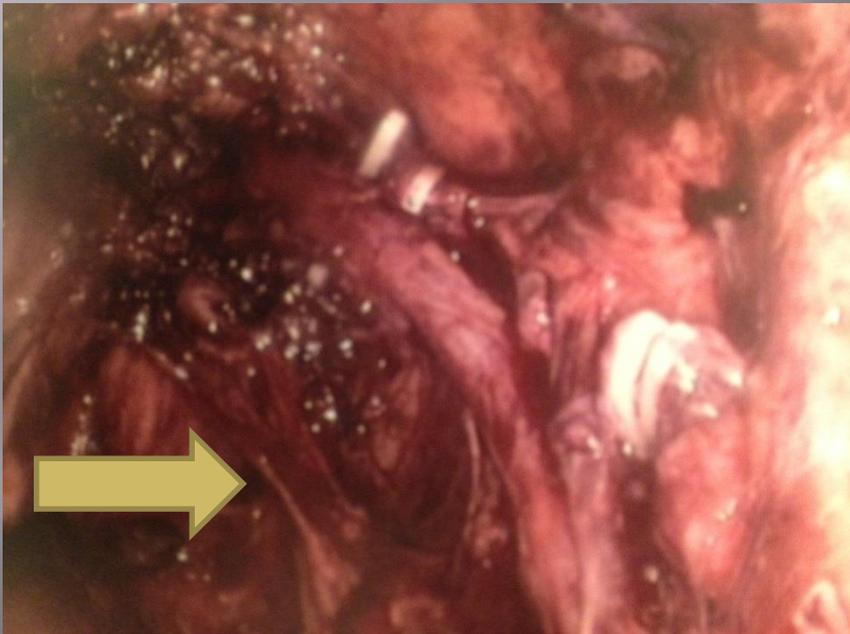
Le système Végétatif

Parasympathique:
Détrusor: contraction
Sphincter: relâchement

Commande pelvienne



Dissection du nerf hypogastrique



Recherche

STIMULATION ANIMALE

ENREGISTREMENT PET SCAN APRÈS STIMULATION

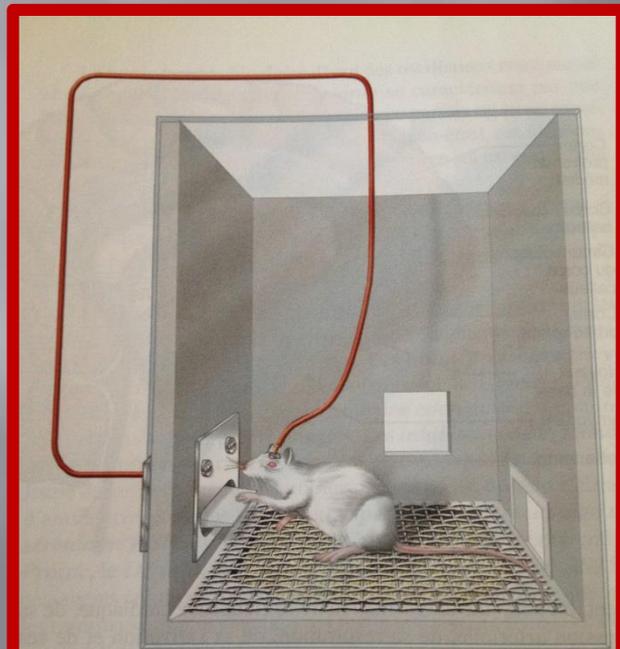
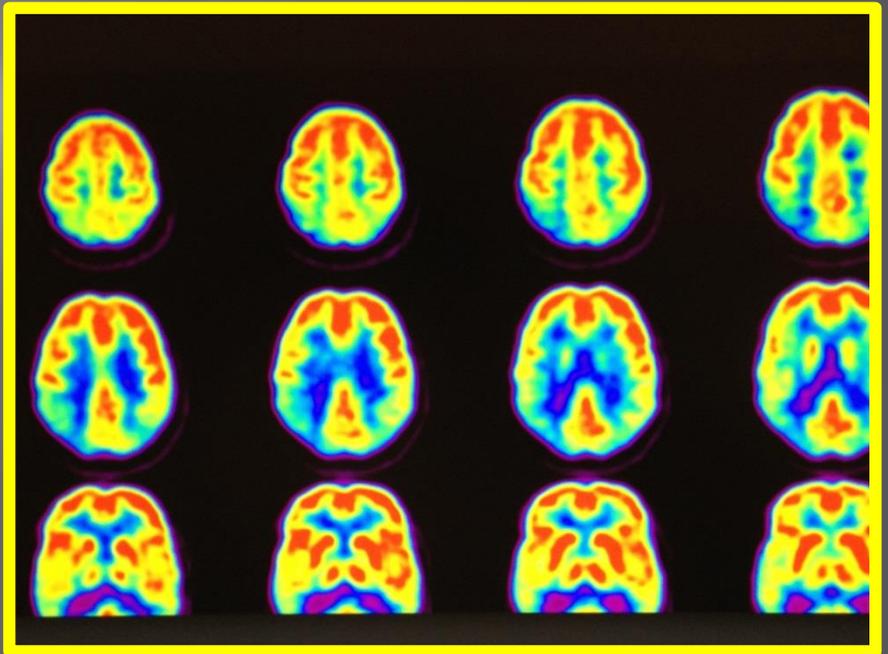
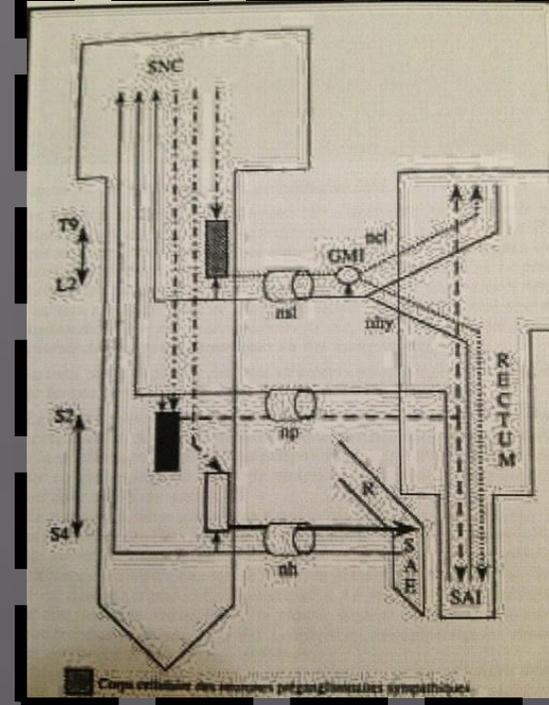


Fig. 8-10 – Appareillage pour expériences d'autostimulation. Les rats ne semblent pas être gênés par l'électrode implantée. En fait, ils se précipitent pour obtenir la stimulation électrique. Adapté d'après Olds.



raison pour laquelle les médicaments qui augmentent l'activité

Les voies de conduction



◆ RAPPORT

Progrès en Urologie (2005), 15, 123-148

Physiologie de l'appareil sphinctérien urinaire et anal pour la continence

Anne-Marie LEROI (1), Loïc LE NORMAND (2)

(1) Pavillon Derocque, Hôpital Charles Nicolle, Rouen, France, (2) Service d'Urologie, Hôtel-Dieu, Nantes, France

RESUME

Cet article de revue a pour but de montrer les mécanismes qui permettent à l'appareil sphinctérien urétral et anal d'assurer la continence urinaire et fécale.

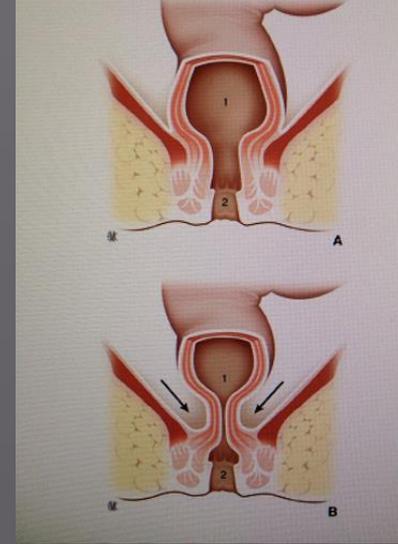
Il aborde successivement l'anatomie sphinctérienne, la structure et l'ultrastructure de ses composantes musculaires, son innervation, la neuromédiation et des schémas de fonctionnement au repos, à l'effort et en retenue.

Ce travail permet de montrer les différences mais aussi les similitudes de fonctionnement de ces deux appareils sphinctériens. Cela peut expliquer la grande fréquence de l'association des incontinences urinaires et anales.

Mots-clés : Physiologie sphinctérienne, sphincter anal, sphincter urétral, anatomie, incontinence urinaire, incontinence

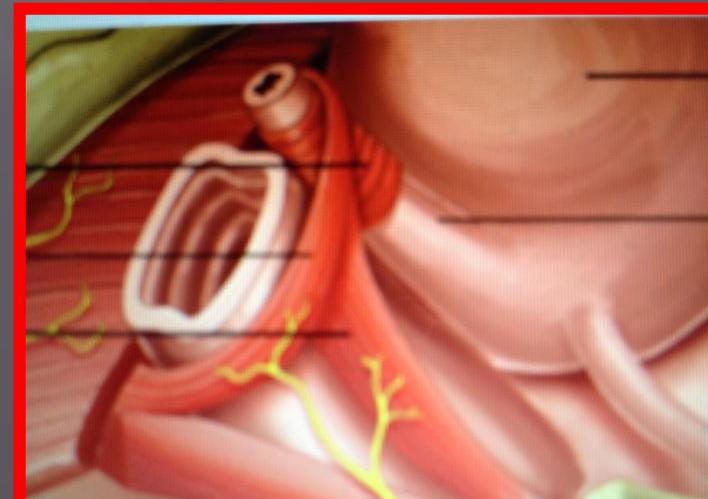
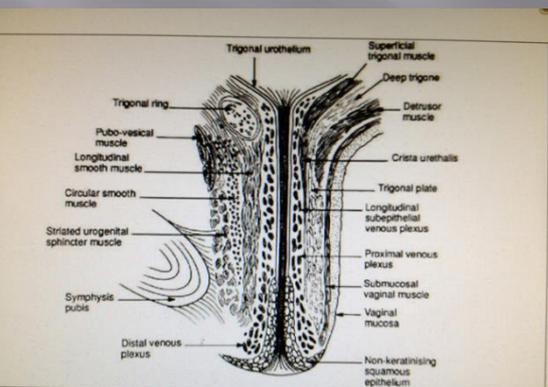
Emmanuel Arago (1812-1896)

Vous qui venez ici dans une humble posture,
Débarrasser vos flancs d'un importun fardeau,
Veuillez, quand vous aurez soulagé la nature
Et déposé dans l'urne un modeste cadeau,
Epancher dans l'amphore un courant d'onde
pure,
Puis, sur l'autel fumant, placer pour chapiteau
Le couvercle arrondi dont l'auguste jointure
Aux parfums indiscrets doit servir de tombeau.



La continence est assurée par

- ▣ La compliance vésicale qui permet à la vessie de se laisser distendre
- ▣ Le col vésical et le **sphincter lisse** de l'urètre
- ▣ Le **sphincter strié** de l'urètre
- ▣ **Support des sphincters par le vagin distal**
- ▣ Théorie du hamac sous urétral et des ligaments pubo urétraux: théorie intégrale de Ulmsten et Papa Petros



Physiologie: au moment ou la miction est décidée

LE REFLEXE MICTIONNEL

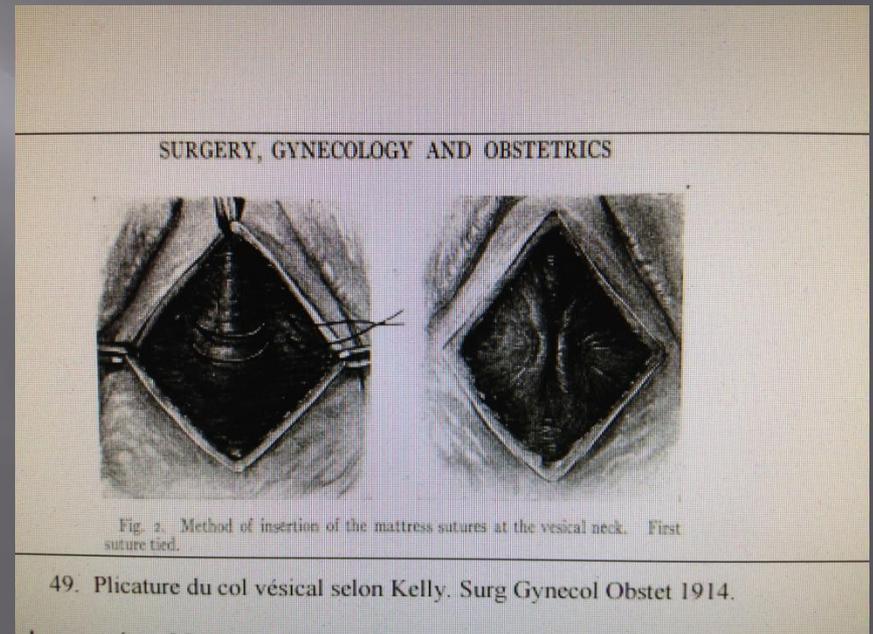
- ▣ **Relâchement des muscles du périnée**
- ▣ Contraction volontaire des muscles abdominaux et du diaphragme
- ▣ Contrôle volontaire de la musculature du détrusor: connexions entre centre frontaux et protubérantiels
- ▣ La miction est bien une affaire de tête

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA MICTION PRÉCISÉES PAR L'URÉTRCYSTOGRAPHIE

- ▣ **Contraction vésicale**
- ▣ Ouverture du col vésical
- ▣ Effacement de l'angle uréthro-vésicale postérieur
- ▣ Verticalisation de la paroi vésicale postérieure
- ▣ Remplissage du conduit urétral: morphologie en tronc de cône

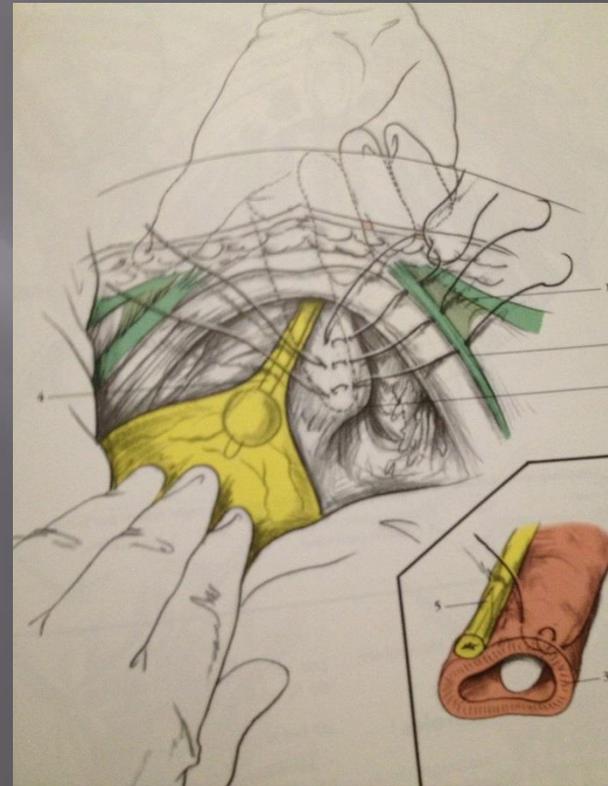
Théories Physiopathologiques

- ▣ KELLY (1914): notion de **béance cervicale**, soutènement urétral
- ▣ BONNEY(1923): description du **défait de suspension de l'urètre** et de la manœuvre qui porte son nom

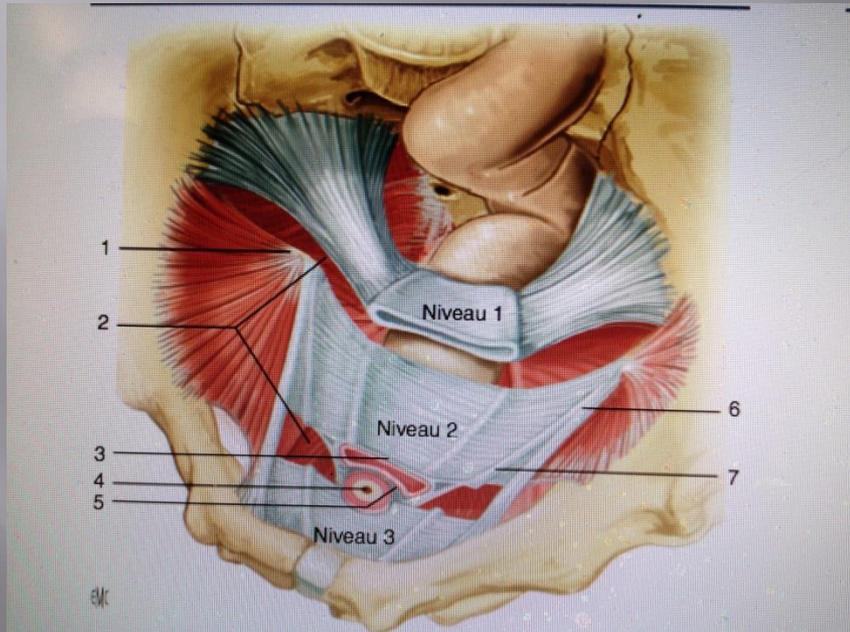


Théories physiopathologiques 1961

- ▣ Enhörning: défaut de transmission par sortie de l'urètre de l'enceinte abdominale
- ▣ Colposuspension selon Burch: réintégration de l'urètre dans son enceinte



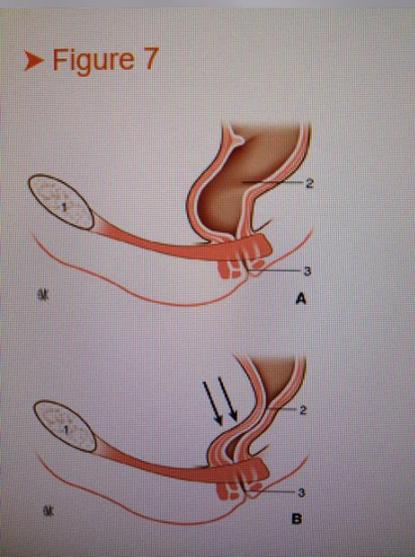
Théories Physiopathologiques



- ❑ 1976: notion d'insuffisance sphinctérienne
Mac Guire
- ❑ 1990: théorie du défaut de soutien urétral
Petros et Ulmsten
- ❑ 1994: défaut de soutènement urétral empêchant un bon écrasement de l'urètre
Delancey

Physiologie de la défécation

- ❑ Le canal anal est un conduit virtuel au Repos
- ❑ **Le canal anal et le rectum font un angle ouvert en arrière de 90°**
- ❑ Cet angle est assuré par le muscle puborectal qui cravate le canal anal en arrière
- ❑ Ce muscle possède une activité tonique permanente
- ❑ Les «3 boucles de SHAFIK»



Exonération normale

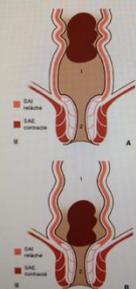
DÉFÉCOIRM

- Relâchement des sphincters
- Ouverture et raccourcissement du canal anal
- Contraction de l'ampoule rectale associée à la fermeture de la charnière Recto Sigmoïdienne
- Manœuvre de Valsalva avec contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale à Glotte fermée.

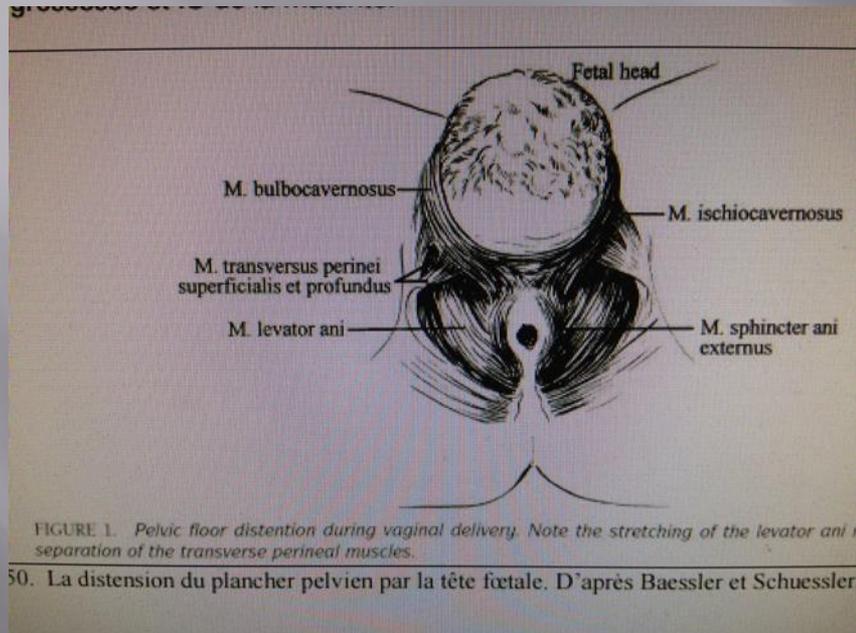


Lors de l'augmentation de la pression intra-abdominale (18)

► Figure 9

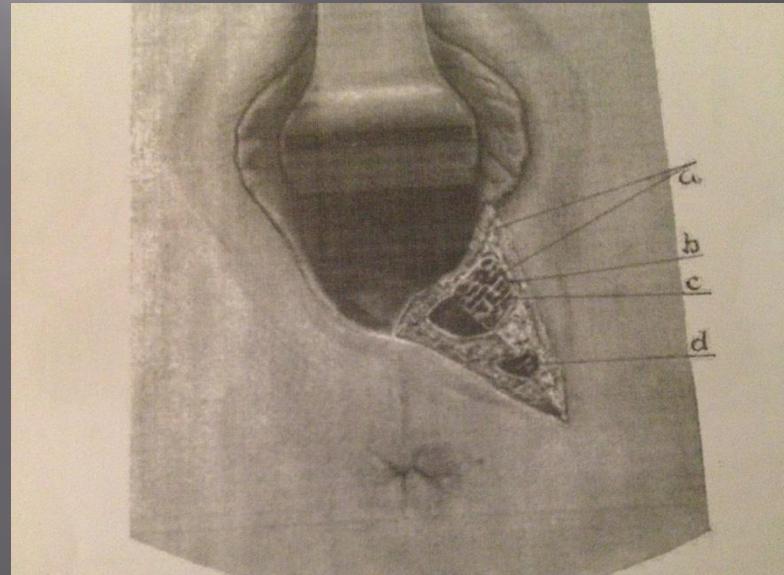
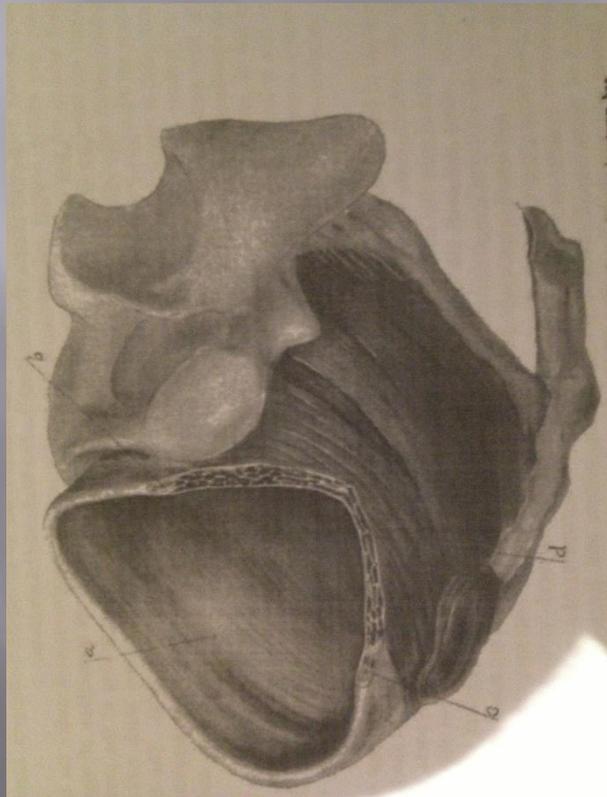


La Prévention



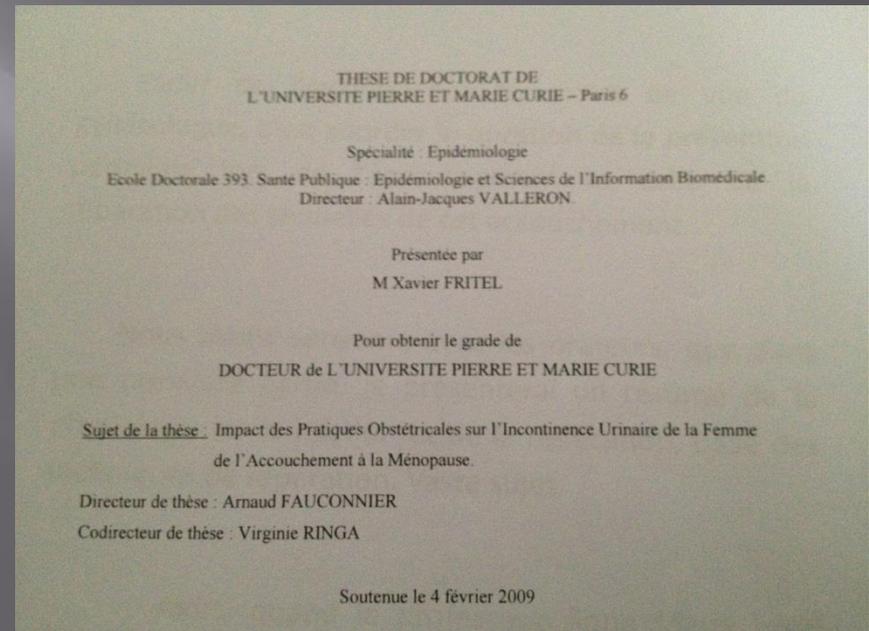
Opération de Delee

45^{ème} meeting annuel des gynécologues obstétriciens américains en 1920



IMPACT DES PRATIQUES OBSTETRIQUES SUR LA CONTINENCE

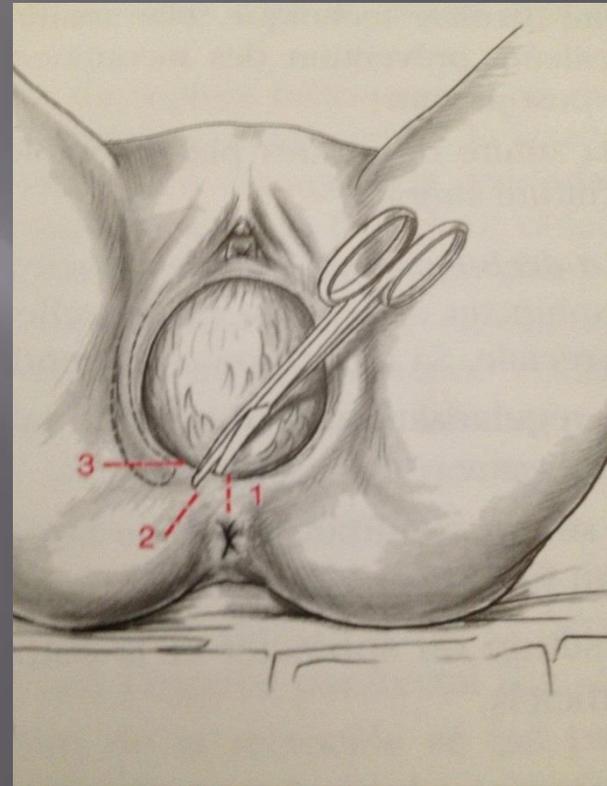
- ▣ EPISIOTOMIE
- ▣ CESARIENNE
- ▣ POSITIONS
D'ACCOUCHEMENT
- ▣ MASSAGE PERINEAL
- ▣ REEDUCATION



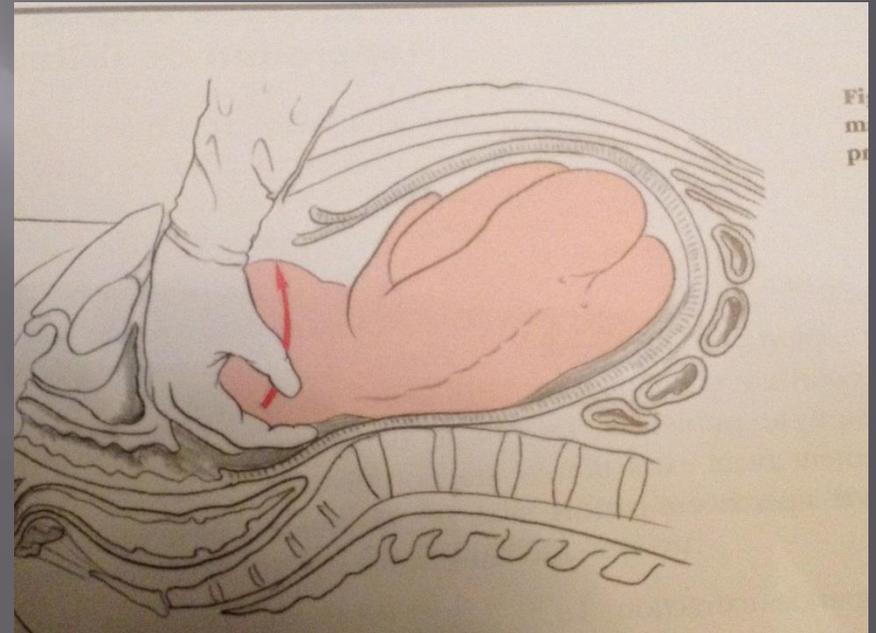
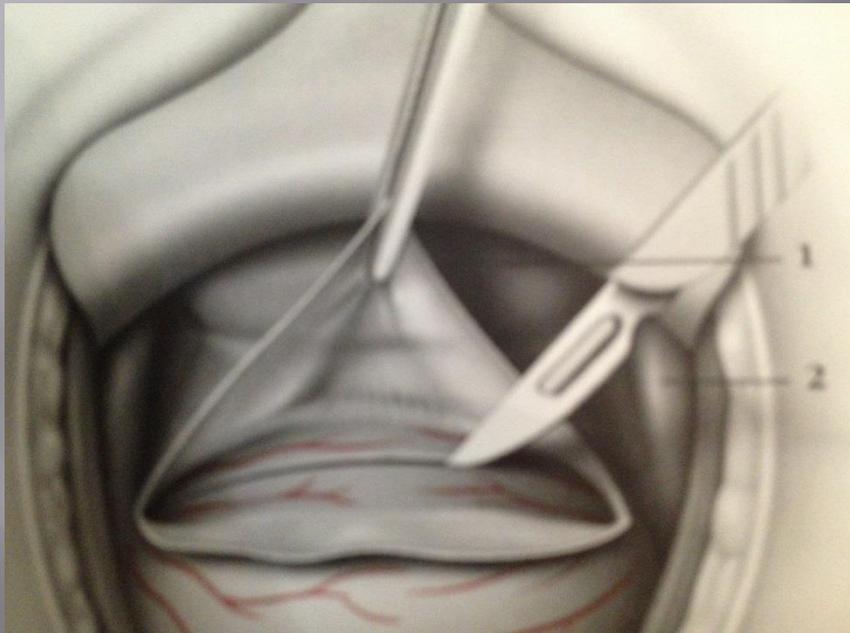
Facteurs de risque pour l'incontinence urinaire d'effort après l'accouchement

- ▣ Age
- ▣ Incontinence préexistante
- ▣ Incontinence urinaire pendant le grossesse
- ▣ Durée du travail
- ▣ Mode d'accouchement

- ▣ Pas de bénéfice en faveur d'une utilisation systématique de l'épisiotomie



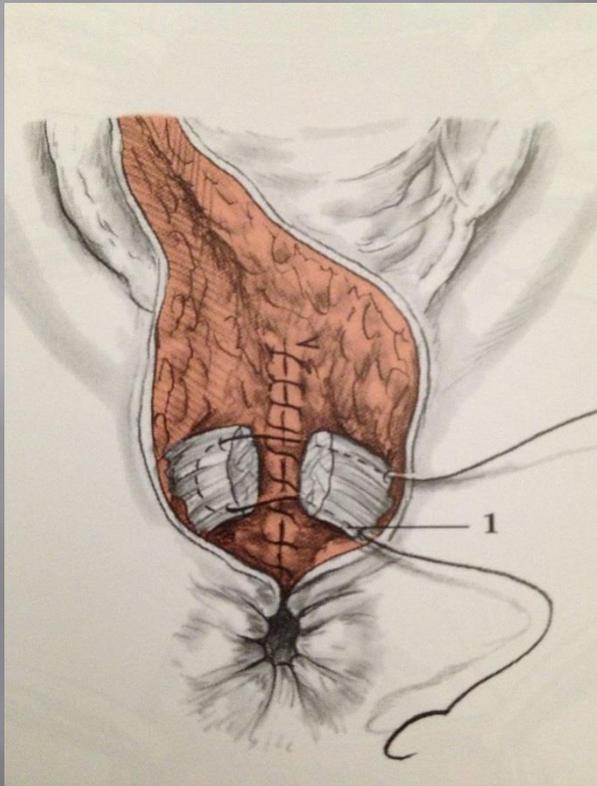
Faut-il proposer une césarienne pour la protection périnéale?



Facteurs de risque pour l'incontinence urinaire d'effort sévère de la cinquantaine

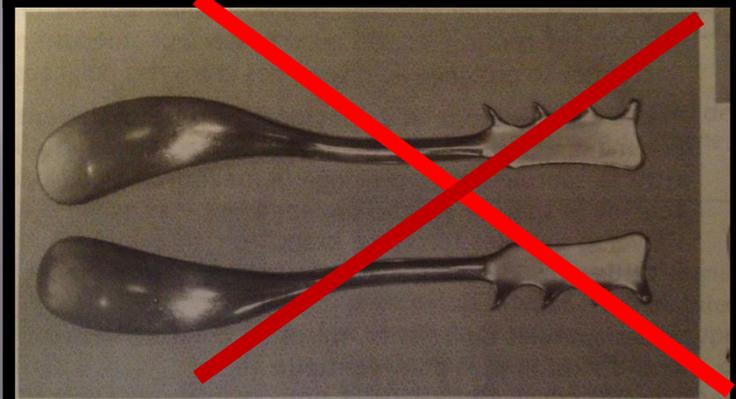
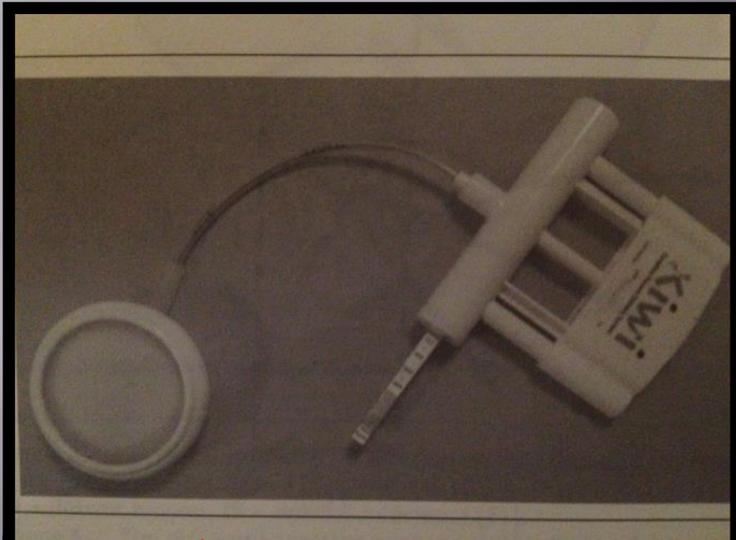
- ▣ Obésité
- ▣ Diabète
- ▣ Chirurgie de l'incontinence
- ▣ Parité
- ▣ Age au premier accouchement
- ▣ **Pas d'influence du mode d'accouchement**
- ▣ L'atténuation avec l'âge des conséquences de l'accouchement sont en faveur d'un mécanisme d'altération de la continence indépendant du mode d'accouchement.
- ▣ La prévention de l'incontinence urinaire d'effort par des interventions à l'accouchement, épisiotomie et césarienne, est inefficace.

Lésions du sphincter anal



- ▣ Peut être sous estimées
- ▣ 35% des accouchements vaginaux
- ▣ Pas de différence après l'âge de 40 ans entre homme et femme
6,2% VS 5,7%

Recommandation pour les extractions



Spatules de Thierry

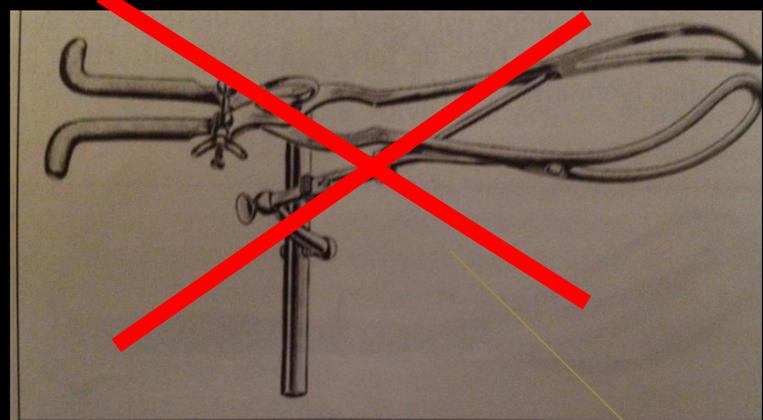
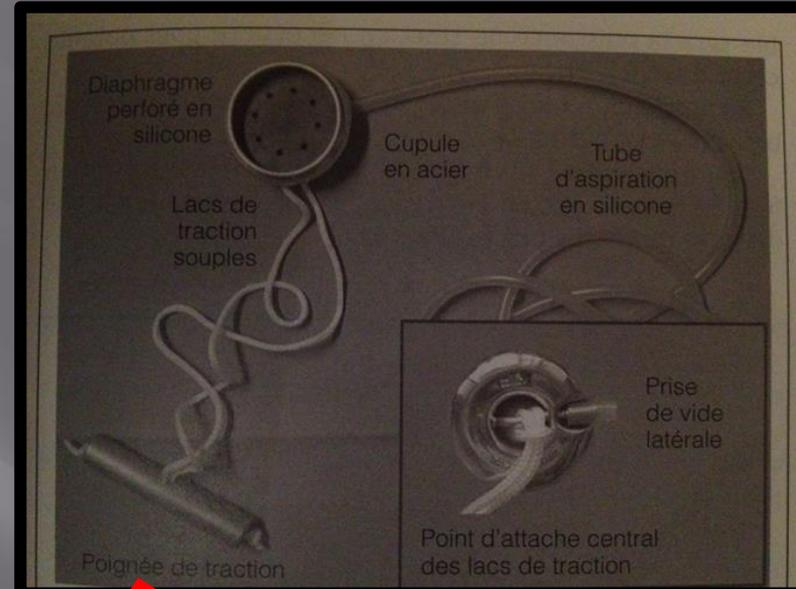


Figure 1. Forceps Tarnier.

les questions du chirurgien avant cure de prolapsus

- ❑ Existe-t-il un risque d'incontinence d'effort post opératoire et comment la prévenir?
- ❑ Existe-t-il un risque d'hyperactivité vésicale post opératoire et comment la prévenir?
- ❑ Existe-t-il un risque de troubles de vidange vésicale post opératoire et comment les prévenir?
- ❑ Existe-t-il des signes ano-rectaux?

Laquelle est incontinente?



- ▣ La proportion de femmes avec prolapsus se plaignant d'incontinence urinaire est variable.
- ▣ L'effet pelote du prolapsus masque classiquement des fuites à l'effort.
- ▣ Il y a beaucoup de facteurs différents pouvant interférer avec les signes mictionnels

Conséquences

- ▣ L'association systématique peut conduire à surtraiter des patientes et à les exposer aux complications éventuelles du geste urinaire (dysurie, urgenturie de novo)
- ▣ Ne pas associer de geste urinaire fait prendre le risque de revoir une patiente satisfaite de sa cure de prolapsus mais déçue de fuites urinaires post opératoires.

2 attitudes possibles

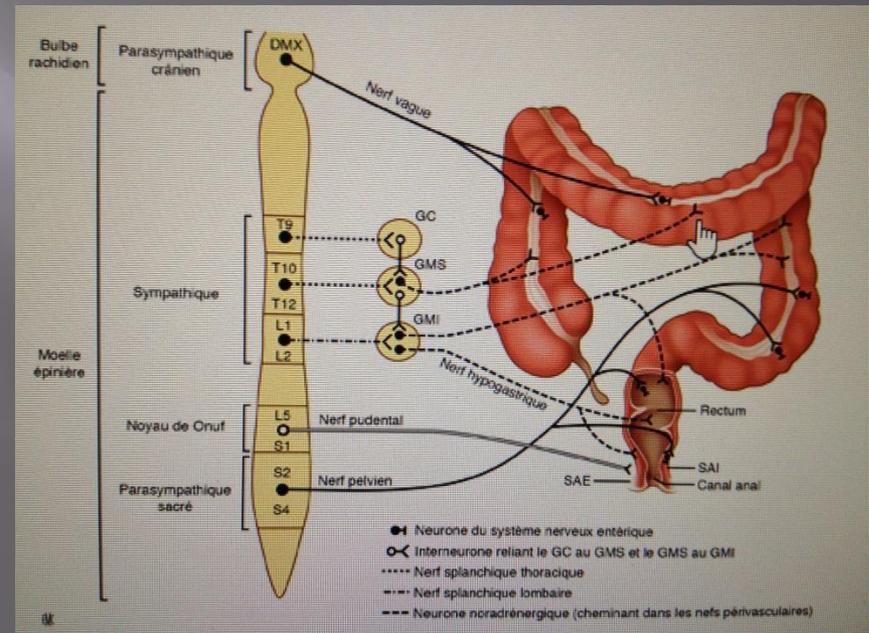
- ▣ Association systématique d'un geste urinaire à la cure de prolapsus.
- ▣ Traitement du prolapsus et réévaluation secondaire de la continence urinaire.

Les recommandations du CUROPF

- ▣ On peut proposer de ne pas traiter l'IUE patente dans le même temps que la chirurgie du prolapsus, à condition de prévenir les patientes de l'éventualité d'une chirurgie en deux temps. Grade C
- ▣ Le traitement isolé du prolapsus par promontofixation ou par voie vaginale permet de traiter à lui seul jusqu'à 50 ou 60% des IUE masquées

Symptômes anorectaux

- ▣ Constipation
- ▣ Dyschésie
- ▣ Syndrome obstructif défécatoire
- ▣ Faux besoins
- ▣ Incontinence anale au gaz et/ou aux selles



Conclusion

- ❑ La physiopathologie de l'incontinence est complexe
- ❑ L'épisiotomie et la césarienne ne protègent pas de l'incontinence
- ❑ il existe de nombreux arguments pour traiter le prolapsus et l'incontinence en 2 temps



A qui parler de son incontinence?



Emmanuel Arago (1812-1896)



Vous qui venez ici dans une humble posture,
Débarrasser vos flancs d'un importun fardeau,
Veuillez, quand vous aurez soulagé la nature
Et déposé dans l'urne un modeste cadeau,
Epancher dans l'amphore un courant d'onde pure,
Puis, sur l'autel fumant, placer pour chapiteau
Le couvercle arrondi dont l'auguste jointure
Aux parfums indiscrets doit servir de tombeau.