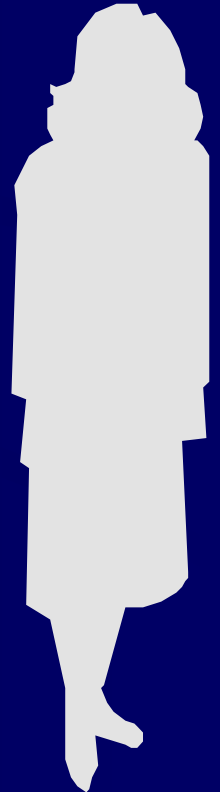


**XVI ème Journée Nationale de l'ANMSR**

**Troubles Vésico-Sphinctériens  
Actualités en 2002**

Examen Clinique de la Femme  
Incontinente

Professeur Pierre Costa  
Urologie  
C.H.U. De Nîmes



# L'interrogatoire et l'Examen Clinique

## OBJECTIFS MULTIPLES

- Confirmer l'incontinence rapportée,
- Préciser sa typologie clinique,
- Approcher, voire établir sa physio-pathologie,
- Faire le bilan des lésions associées,
- Evaluer le retentissement de l'incontinence,
- Guider le choix des examens complémentaires,
- Permettre de prescrire la première thérapeutique.

# DEFINITION DE L'INCONTINENCE URINAIRE

- Emission involontaire d'urine par le méat uréthral, en dehors d'une rétention,
- Entraînant pour la personne un retentissement social ou un problème d'hygiène (I.C.S.).
- Eliminer :
  - Les mictions “frontales”,
  - Les fistules et abouchements ectopiques,
  - Les fuites par regorgement.

# Classification clinique de l'incontinence urinaire

- **Incontinence par impériosité**
  - La fuite urinaire est précédée d'un besoin urgent non inhibable (diminution du délai de sécurité +++)
- **Incontinence à l'effort**
  - La fuite urinaire survient au moment d'un effort
  - Il peut aussi exister des fuites insensibles
- **Incontinence mixte**

# Physiopathologie de l'incontinence urinaire

- **Incontinence par impériosité**
  - **Instabilité vésicale** : contractions vésicales désinhibées pendant la phase de remplissage
  - **Instabilité uréthrale** : ouvertures inopinées du col et de l'urèthre pendant la phase de remplissage,
- **Incontinence à l'effort** :
  - **Insuffisance sphinctérienne**,
  - **Hypermobilité du col vésical** : déchirure des muscles et ligaments qui immobilisent le col vésical au moment de l'effort.

# CONDUITE DIAGNOSTIQUE

- **L'Interrogatoire :**
  - Analyser l'histoire clinique,
  - Préciser la symptomatologie,
  - Evaluer la gravité et le retentissement de l'incontinence urinaire
  - Interroger sur d'éventuels troubles associés.

# L'EXAMEN CLINIQUE

- Vessie pleine puis vide, position gynécologique, puis debout, efforts de poussée, de toux, de retenue...
- Inspection :
  - Trophicité vulvo-vaginale, cicatrices, mobilité du plancher périnéal, bombement de l'étage antérieur avec ouverture de la fente vulvaire ...
- Touchers pelviens :
  - Palpation de la vessie, de l'utérus et des annexes, testing des releveurs ...
- Epreuves des valves +++et tests de continence +++

# L'EXAMEN URO-GYNECOLOGIQUE

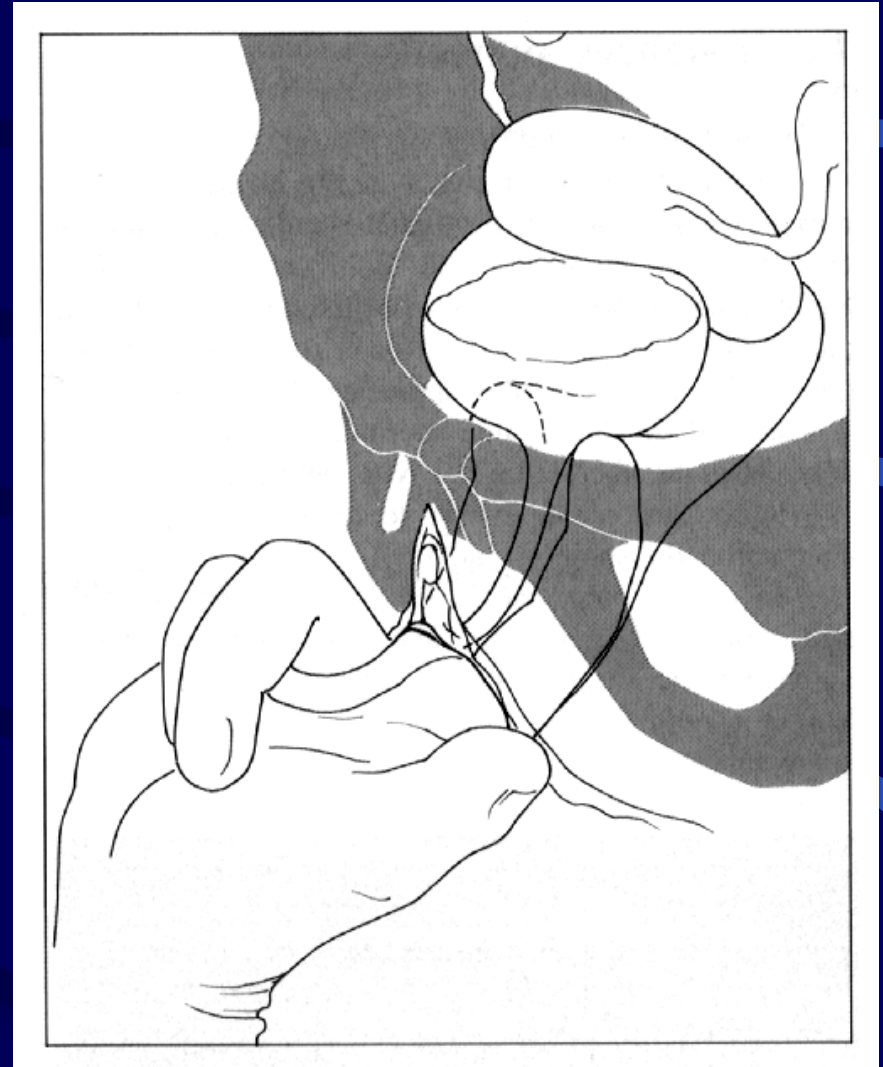
## LA MANOEUVRE DE BONNEY

Positive :

pronostic favorable

Négative :

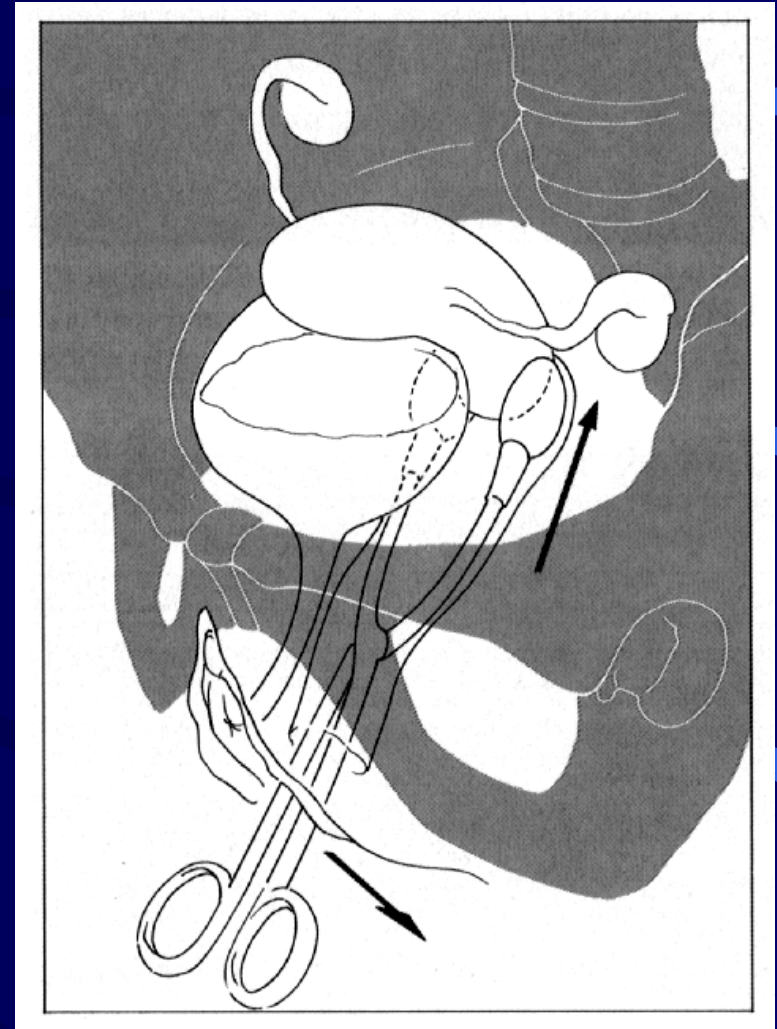
pronostic défavorable



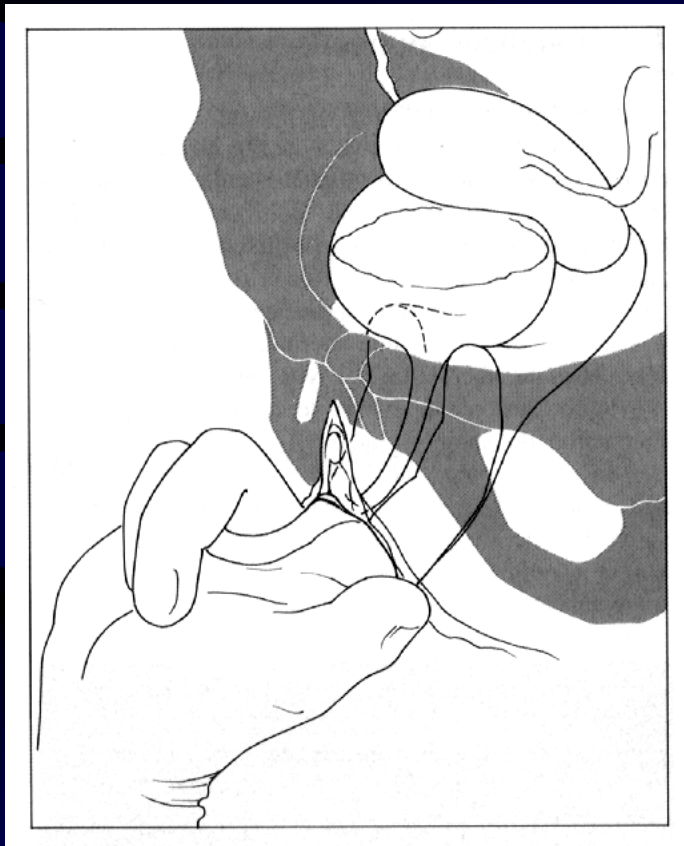
# L'EXAMEN URO-GYNECOLOGIQUE

## LA MANOEUVRE DE BETHOUX

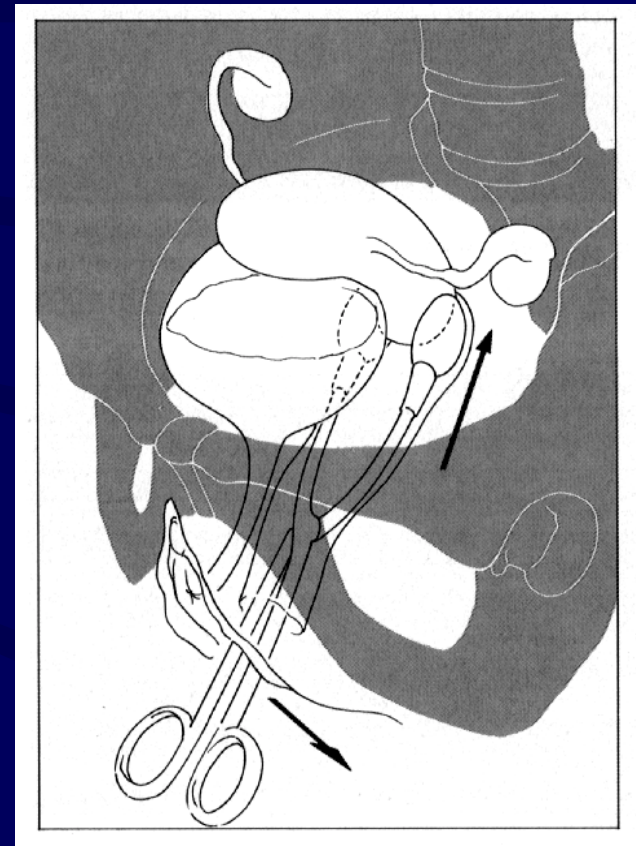
- Révèle une incontinence masquée,
- N'apporte pas de notion pronostic pour l'IUE.



# L'EXAMEN URO-GYNECOLOGIQUE : LIMITES



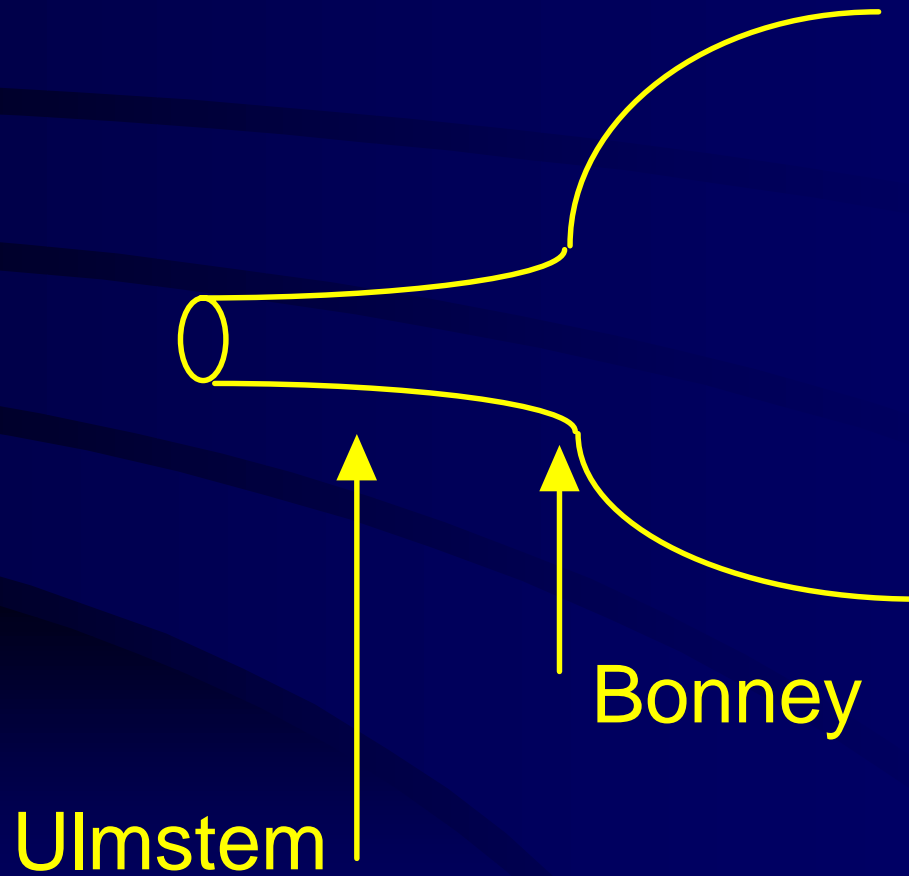
+



La Manoeuvre de Bonney modifiée

# L'EXAMEN URO-GYNECOLOGIQUE

- De Bonney à ... Ulmstem



# L'EXAMEN D'UNE INCONTINENCE URINAIRE

**Ne pas manquer d'examiner aussi:**

- Le sphincter anal (hypotonie, déchirure ...)
- La rectocèle,
- L'elytrocèle (palper bi-digital).

# L'instabilité vésicale :

## INTERROGATOIRE :

- Pollakiurie avec urgences,
- Besoin impérieux habituel,
- Fuites diurnes et nocturnes,
- Amélioration par la restriction hydrique,

## EXAMEN :

- Troubles neurologiques ou faiblesse périnéale.

# L'instabilité uréthrale

## INTERROGATOIRE :

- Pollakiurie extrême, respectant souvent la nuit,
- Besoin anormal, très distal, uréthral,
- Pas d'effet de la restriction hydrique,
- Composante psychologique très fréquente,

## EXAMEN :

- En général très bon testing musculaire,
- Parfois une hypermobilité cervico-uréthrale (impériosités en position debout, souvent associées à une IUE).

# L'hypermobilité du col vésical

## INTERROGATOIRE :

- Fuites lors d'efforts brutaux, (toux, éternuement, course ...)
- Absence de fuites au repos ou la nuit,
- Stop-pipi positif,

## EXAMEN :

- Hypermobilité cervico-urétrale (Q tip test +),
- Manoeuvre de Bonney positive,
- Fuites possibles lors de la manoeuvre de Béthoux,
- Bon testing dans les formes pures,
- Examen neurologique le plus souvent normal.

# L'insuffisance sphinctérienne

## INTERROGATOIRE :

- Fuites à la marche et insensibles,
- Stop-pipi négatif,

## EXAMEN (formes pures et sévères) :

- Urèthre fixé,
- Fuites lors de la manoeuvre de Béthoux,
- Manoeuvre de Bonney négative,
- Manoeuvre d'Ulmstem positive ou négative (?),
- Troubles neurologiques possibles (dénervation).

# Intérêts pratiques de l'examen clinique

- Décider d'opérer un prolapsus,
- Décider d'associer une cervicocystopexie,
- Proposer un colpocleisis,
- Approcher le pronostic d'une intervention ...

# Etude Prospective study - Résultats Préliminaires

## Facteurs pronostics du TVT - N = 102

- Test de Bonney Positif : 95,55%
- Test de Bonney Positif et PCUM  $\leq 25$  : 76,2%
- Test de Bonney Négatif : 75%
- Test de Bonney Négatif et PCUM  $\leq 25$  : 60%

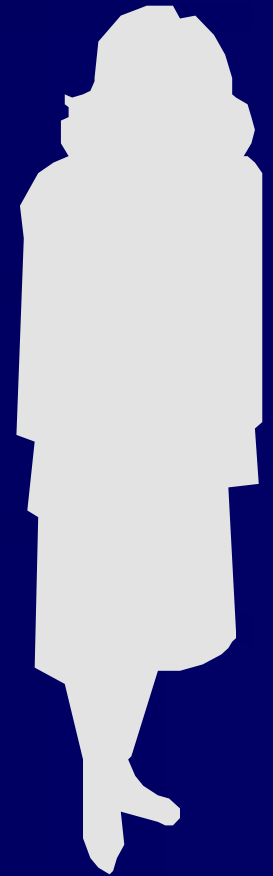
**Patients avec un Test de Bonney Positif et PCUM  $\geq 40$  (N = 37) :**

- Continence sociale : 37/37 100%
- Port de protection : 0/37 0%

# CONCLUSION

## L'examen clinique de la femme incontinente :

- Plus utile encore aujourd'hui ...
- Des possibilités que nous découvrirons dans le futur ...



- retour