



LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE de l'incontinence définit l'incontinence urinaire comme une perte involontaire d'urine qui, tant sur le plan hygiénique que social, est inacceptable pour la personne affectée¹. Cette définition fait référence non seulement à la perte d'urine elle-même, mais également à l'atteinte de la qualité de vie. Par ailleurs, en plus de répercussions individuelles souvent dévastatrices, en particulier pour l'estime de soi, l'incontinence urinaire a une incidence socio-économique majeure. Ainsi, en 1995 aux États-Unis, les coûts qu'entraîne cette affection étaient estimés à 31 milliards de dollars².

Des études épidémiologiques ont montré que l'incontinence urinaire est fréquente. Ainsi, sa prévalence est de 5 à 25 % chez les femmes de 15 à 64 ans, et de 12 à 38 % chez les femmes de plus de 60 ans¹. De 25 à 35 % de ces femmes ont des périodes quotidiennes ou hebdomadaires d'incontinence urinaire³. De plus, l'incontinence affecte à des degrés divers les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie de près de 20 % des femmes adultes¹. Les facteurs de risque de l'incontinence sont multiples (*tableau I*).

Bien que l'incontinence urinaire ne mette pas la vie de la patiente en danger, il s'agit d'un symptôme clinique ennuyeux qui peut être soulagé assez facilement, dans la très grande majorité des cas, par un traitement médical ou chirurgical.

Classification de l'incontinence urinaire

Une classification basée sur des ma-

La Dr^e Line Leboeuf, résidente en urologie à l'Université de Montréal, exerce à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

L'incontinence urinaire chez la femme

par Line Leboeuf

À l'aube du deuxième millénaire, l'incontinence urinaire demeure un sujet tabou. Beaucoup de femmes hésitent à consulter, par gêne ou encore parce qu'elles croient que l'incontinence urinaire est une conséquence inévitable des grossesses et du vieillissement. À ce sujet, le médecin de famille a un rôle de premier plan à jouer en rompant, par un dépistage actif et une attitude ouverte et empathique, le mur du silence qui entoure cette affection.

nifestations cliniques définit différents types d'incontinence urinaire.

Incontinence urinaire d'effort

Il s'agit d'une perte involontaire d'urine lors d'un effort physique (toux, exercice) ou de toute activité entraînant une augmentation de la pression intra-abdominale qui engendre une pression intravésicale supérieure à la résistance urétrale. La fuite d'urine n'est pas précédée d'une sensation de besoin impérieux d'uriner. Deux facteurs sont en cause dans ce type d'incontinence : le manque de support urétral et une faiblesse du muscle intrinsèque du sphincter. Dans le premier cas, on trouve une faiblesse ou une dénervation (traumatisme post-accouchement, déchirure périnéale, etc.) des structures musculaires et ligamentaires du périnée et de l'urètre. Normalement, ces structures résistent à l'accroissement de la pression intra-abdominale. Toutefois, chez la femme

Tableau I

Quelques facteurs de risque de l'incontinence urinaire³

- Obésité
- Tabagisme
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Activité physique intense
- Multiparité
- Accouchement vaginal
- Épisiotomie
- Déplétion œstrogénique
- Constipation

incontinente, la paroi postérieure de l'urètre proximal s'éloigne démesurément de la paroi antérieure maintenue en place par le ligament pubo-urétral. Il s'ensuit une ouverture en entonnoir de la lumière urétrale et une fuite d'urine⁴.

Bien que l'incontinence urinaire ne mette pas la vie de la patiente en danger, il s'agit d'un symptôme clinique ennuyeux qui peut être soulagé assez facilement, dans la très grande majorité des cas, par un traitement médical ou chirurgical.

Repère

La faiblesse du muscle intrinsèque du sphincter est due à une perte plus ou moins complète du mécanisme sphinctérien de l'urètre. De multiples facteurs, comme une chirurgie pelvienne antérieure (hystérectomie abdominale totale, résection antérieure basse du rectum, radiothérapie, chirurgie antérieure pour incontinence ou cystocèle, myéłodysplasie, etc.), peuvent transformer l'urètre en tube rigide. Cette rigidité empêche la paroi urétrale de s'appuyer adéquatement sur le support postérieur. Survient alors l'incontinence d'effort.

Incontinence urinaire par hyperactivité vésicale ou incontinence urinaire d'urgence

Il s'agit d'une perte d'urine brusque précédée d'une forte envie d'uriner. Souvent, les patientes disent que la fuite d'urine survient pendant qu'elles se rendent aux toilettes. Le bruit de l'eau courante, les changements de température et l'orgasme peuvent provoquer ces périodes d'incontinence. Les contractions vésicales qui échappent au contrôle volontaire (contractions non inhibées) peuvent être la conséquence d'une maladie neurologique avérée (hyperréflexivité vésicale) ou occulte (instabilité vésicale). Des connexions anormales entre les cellules des muscles lisses de la vessie ou une activité accrue des fibres nerveuses afférentes sont deux hypothèses mises de l'avant pour expliquer la physiopathologie de cette entité morbide⁵.

Incontinence urinaire mixte

Il s'agit du type d'incontinence le plus fréquent dans la pratique quotidienne. Il y a coexistence d'une incontinence urinaire d'effort et d'une incontinence urinaire par hyperactivité vésicale, les deux composantes participant de façon variable au tableau global de l'incontinence.

Incontinence urinaire totale

Ici, la fuite d'urine est involontaire, continue et permanente, et ne s'accompagne d'aucune sensation de besoin d'uriner. Ce type d'incontinence est rare et habituellement secondaire d'une communication anormale entre l'appareil urinaire et le milieu extérieur. Celle-ci peut être due, par exemple, aux fistules urinaires qui apparaissent parfois après une chirurgie pelvienne ou des traitements de radiothérapie, ou encore, chez la fillette, à la présence d'un uretère ectopique.

Incontinence urinaire paradoxale ou par regorgement

Elle est secondaire d'une rétention urinaire chronique avec résidu post-mictionnel important ; dans la vessie chroniquement distendue, les pressions sont plus élevées que la normale, et la vidange ne s'effectue que par trop-plein⁴. Il faut particulièrement soupçonner une incontinence urinaire par regorgement chez un adulte présentant une énurésie nocturne secondaire.

Incontinence urinaire fonctionnelle

Ce type d'incontinence, particulièrement fréquent dans les milieux gériatriques, fait référence à une fuite d'urine dite situationnelle. L'urètre et la vessie sont anatomiquement et physiologiquement intacts, mais une perte d'autonomie ou une atteinte cognitive peuvent faire en sorte que la personne ne peut se rendre aux toilettes à temps pour uriner ou ne se soucie pas de s'y rendre.

Investigation sur l'incontinence urinaire

Anamnèse

L'anamnèse vise essentiellement à préciser les caractéristiques de l'incontinence, à évaluer les répercussions de ce problème sur la qualité de vie de la patiente et à orienter le clinicien vers la cause. Ainsi, on doit s'enquérir des circonstances dans lesquelles survient l'incontinence, des facteurs déclenchants ou aggravants, du nombre de périodes d'incontinence dans un temps donné, de même que de la quantité des pertes d'urine et du type de protection utilisée. On peut également vérifier si d'autres symptômes obstructifs ou irritatifs des voies urinaires sont présents, car ceux-ci peuvent évoquer une maladie concomitante, comme la cystite, une néoplasie vésicale, etc.⁶ Soulignons également qu'il faut vérifier si l'incontinence est présente lors des activités sexuelles et, le cas échéant, quelles sont ses répercussions sur ces dernières. En effet, bien que ce problème affecte considérablement la qualité de vie, les médecins s'en enquêtent très rarement, et il est très rare que les patientes le signalent spontanément.

Par ailleurs, on notera les ingestas quotidiens en eau, en café, en thé et

L'évaluation des répercussions de l'incontinence sur la qualité de vie constitue la pierre angulaire de la consultation. Est-il indiqué de mettre en branle tout l'arsenal diagnostique pour cerner le problème ? Il faut soigneusement évaluer dans quelle mesure la patiente est motivée à régler son problème.

Repère

en boissons gazeuses car, sans être à l'origine du problème d'incontinence en tant que tel, ils peuvent néanmoins déclencher les périodes d'incontinence. Les antécédents de consommation d'alcool et la quantité consommée, s'il y a lieu, sont importants, l'alcool pouvant altérer la perception de remplissage vésical⁷.

L'évaluation des répercussions de l'incontinence sur la qualité de vie, on l'a mentionné, constitue la pierre angulaire de la consultation. Est-il indiqué de mettre en branle tout l'arsenal diagnostique pour cerner le problème ? Il faut soigneusement évaluer dans quelle mesure la patiente est motivée à régler son problème.

L'anamnèse permet d'orienter le clinicien vers une cause possible de l'incontinence urinaire. Il faut spécifiquement rechercher les causes réversibles d'incontinence (*tableau II*) et y remédier. On doit aussi s'enquérir systématiquement des antécédents de chirurgie pelvienne ou vaginale, des interventions antérieures visant à corriger un problème d'incontinence urinaire ou une cystocèle, du type d'intervention, des complications et du succès obtenu. On vérifiera si la patiente a déjà eu des traitements de radiothérapie, car ceux-ci sont souvent compliqués d'hypotonie urétrale.

Il faut vérifier systématiquement les antécédents obstétricaux et gynécologiques, notamment le nombre de grossesses, le type d'accouchement et les complications à l'accouchement. On doit s'enquérir de l'âge de la ménopause, s'il y a lieu, et de la possibilité d'une carence œstrogénique associée. Par ailleurs, des maladies du système nerveux, une intervention chirurgicale au rachis ou encore un diabète peuvent orienter vers un diagnostic de vessie neurogène se manifestant par

Tableau II

Causes réversibles d'incontinence urinaire

Delirium
Infection
Vaginite atrophique
Médicament
Problèmes psychologiques
Diurèse excessive
Mobilité restreinte
Fécalome

de l'incontinence urinaire. Cependant, la très grande majorité des patientes incontinentes ne présentent aucune atteinte neurologique. La prise de médicaments, en particulier de diurétiques et d'anticholinergiques, peut déclencher ou aggraver l'incontinence et doit être consignée au dossier. Finalement, il ne faut pas oublier que la constipation associée ou non à un fécalome peut aggraver l'incontinence⁷.

Examen clinique

Avec l'anamnèse, l'examen clinique fait partie intégrante de l'évaluation de la patiente incontinente. Avant de procéder à l'examen, il est important de la rassurer en lui disant qu'il est possible qu'elle ait une fuite d'urine pendant l'examen, et qu'elle ne doit pas en être embarrassée. Les principaux éléments de l'examen clinique à considérer sont décrits au *tableau III*. Un examen plus poussé peut bien sûr s'avérer nécessaire si les données relevées à l'anamnèse le justifient (en-

Tableau III

Examen clinique de la patiente incontinente⁸

Indice de masse corporelle

Examen abdominal

- Douleur suspubienne
- Masse
- Globe vésical

Examen pelvien et gynécologique

- Organes génitaux externes : atrophie, infection, lésion cutanée, etc.
- Vagin : prolapsus utérin, cystocèle, urétrocèle, etc.
- Test de Marshall*
- Toucher rectal

* Objectivation de l'incontinence après une manœuvre de Valsalva avec vessie pleine.

docrinopathie, maladie neurologique, etc). L'examen et l'anamnèse ne permettent pas nécessairement de déterminer la cause de l'incontinence, mais ils peuvent guider l'investigation et le traitement. Dans certains cas, toutefois, une cause peut être mise en évidence, ce qui évite des investigations embarrassantes, effractives et coûteuses.

Examens complémentaires

Il est indispensable de compléter l'interrogatoire sur les symptômes par des examens cliniques et paracliniques afin de cerner la ou les causes de l'incontinence urinaire et d'élaborer une stratégie thérapeutique adaptée à chaque patiente. En règle générale, l'analyse

En règle générale, l'analyse d'urine est indiquée pour la majorité des patientes, notamment afin d'exclure une infection. La culture est indiquée si le résultat de l'analyse est anormal ou si l'incontinence d'urgence constitue le symptôme principal.

Repère

d'urine est indiquée pour la majorité des patientes, notamment afin d'exclure une infection des voies urinaires. La culture d'urine est indiquée si le résultat de l'analyse est anormal ou si l'incontinence d'urgence constitue le symptôme principal⁶. Le calendrier mictionnel est un outil essentiel pour l'évaluation de la patiente incontinente. La méthode la plus simple consiste à inscrire l'heure de chaque miction, la quantité urinée et les périodes d'incontinence, le cas échéant. On a récemment démontré qu'une période de 48 heures permet de faire une évaluation valable de l'incontinence, et ce, sans compromettre l'observance⁸. Le calendrier mictionnel offre plusieurs avantages : premièrement, la polyurie est dépistée avant la mise en œuvre d'une évaluation intensive et superflue. Deuxièmement, certaines patientes souffrant d'incontinence d'urgence sont continentes pendant qu'elles tiennent le calendrier mictionnel, ce qui semble indiquer qu'un contrôle cortical de la vessie peut aider à inhiber les contractions involontaires du détrusor³. Finalement, le calendrier mictionnel peut fournir un point de référence pour évaluer par la suite l'efficacité du traitement⁹. La *figure 1* montre un calendrier mictionnel type.

Traitement

Le plan de traitement doit être établi individuellement en fonction des éléments mis en évidence au cours de l'investigation. Les approches thérapeutiques peuvent être comportementales, pharmacologiques ou chirurgicales.

Thérapie comportementale

Font partie de la thérapie comportementale des mesures générales

telles que la restriction de la consommation de liquides, les modifications de la diète en évitant les irritants, s'il y a lieu, les mictions planifiées de même que la prévention et le traitement de la constipation.

La rééducation périnéale inclut les exercices de Kegel et la rétroaction biologique (*biofeedback*). Elle a pour but de renforcer les muscles para-urétraux en plus d'améliorer la contraction du détrusor et d'inhiber de façon réflexe les contractions vésicales non inhibées¹⁰. Ainsi, les exercices de Kegel consistent à contracter le périnée de façon répétée et quotidienne. Cette technique intéresse principalement les femmes ayant une faiblesse de la musculature du plancher pelvien. La rétroaction biologique, quant à elle, fait appel à des signaux visuels ou auditifs pour guider la contraction de la musculature périnéale. Il semble que cette technique soit efficace pour traiter non seulement l'incontinence urinaire d'effort, mais également l'hyperactivité vésicale (incontinence d'urgence non neurogène). La moitié des patientes signalent une diminution des symptômes d'environ 50 %, et environ 15 % deviennent continentes¹⁰. Par ailleurs, il semble que le succès des thérapies comportementales soit directement lié au degré de motivation et d'observance des patientes.

Traitement pharmacologique

Agonistes alpha-adrénergiques : pseudoéphédrine (Balminil[®], Sudafed[®], Sinutab[®]).

Ils agissent en augmentant le tonus du muscle lisse du col vésical et de l'urètre proximal. Ils sont réservés particulièrement au traitement de l'incontinence urinaire d'effort. À cause de leur courte durée d'action et des effets secondaires qui leur sont associés,

ils sont toutefois très peu prescrits.

Anticholinergiques et relaxants musculaires. Les principaux agents utilisés sont l'oxybutynine (Ditropan[®]), la toltérodine (Detrol^{MC}) et le chlorhydrate de flavoxate (Urispas[®]). L'oxybutynine et la toltérodine possèdent, en plus de leur effet anticholinergique, un effet anesthésique local et un effet relaxant sur la musculature lisse de la vessie. Le chlorhydrate de flavoxate, quant à lui, est un relaxant musculaire qui agit uniquement sur la contraction du muscle lisse vésical en le relâchant. En règle générale, les anticholinergiques et les relaxants musculaires sont réservés au traitement de l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale.

Estrogènes (Ortho[®] Dienestrol). Ces hormones ont un effet bénéfique chez les femmes postménopausées par leur action trophique sur la muqueuse vaginale, urétrale et trigonale en augmentant la densité des récepteurs alpha-adrénergiques. Des études ont montré qu'elles atténuent l'incontinence d'urgence de 50 à 64 %⁵.

Antidépresseurs tricycliques. Le produit le plus fréquemment utilisé est l'imipramine. Son action anticholinergique centrale et périphérique ainsi que son effet inhibiteur direct important sur le muscle lisse de la vessie en font un bon médicament pour le traitement de l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale.

Traitements chirurgicaux

Agents de coaptation urétrale. Ces agents augmentent la coaptation de la muqueuse urétrale. L'injection de diverses substances sous la muqueuse urétrale a pour but d'augmenter la coaptation des parois urétrales. Le collagène est la substance la plus fréquemment utilisée. Le taux de succès

Figure 1 (suite)

I N S T R U C T I O N S

CALENDRIER DES MICTIONS

Le calendrier des mictions est un des outils les plus importants pour vous et votre médecin. Il permet de bien analyser votre condition urinaire afin de choisir la meilleure solution qui soit. Veuillez remplir le calendrier des mictions aussi précisément que possible, durant 3 jours consécutifs (le jour et la nuit) et le rapporter complété lors de votre prochain rendez-vous.

COMMENT REMPLIR VOTRE CALENDRIER

1. Pour chacun des jours, notez l'heure au moment où vous allez aux toilettes pour uriner ainsi que le volume (quantité en onces ou en mL) que vous avez uriné. (N'importe quel récipient gradué est adéquat pour faire cette mesure.)
2. Parfois vous ne pourrez pas mesurer la quantité urinée (par exemple au cours du magasinage, au cinéma, etc.). Dans ces circonstances, indiquez l'heure de la miction et précisez s'il s'agit d'un petit (P), moyen (M) ou grand (G) volume.
3. Si vous avez une fuite d'urine involontaire (incontinence), notez l'heure où vous avez senti la fuite et inscrivez dans la case à cet effet s'il s'agit d'une petite (P), moyenne (M) ou grande (G) fuite.
4. Si vous avez des fuites d'urine et que vous devez changer de protection ou de sous-vêtement, inscrivez l'heure et faites un X dans la colonne « protection » chaque fois que vous devez changer de protection ou de sous-vêtement.

EXEMPLE

JOUR 1		DATE : _____		
	HEURE	VOL. mL/P/M/G	FUITES P/M/G	PROTECTION
jour	6 h 45	200		
	8 h 30	300		X
	10 h 00		P	
	10 h 30		P	
	11 h 10	175		X
	12 h 00	P		
	12 h 30		M	
	13 h 10			X
	14 h 00	250		
	14 h 30		P	
	15 h 20	200		
	16 h 50		P	
	17 h 50	200		X
	21 h 00	150		
nuit	01 h 00		G	X
	04 h 15	125		

Tableau IV

Taux de succès des options thérapeutiques pour la correction de l'incontinence

Types d'incontinence	Options thérapeutiques	Taux de succès
Incontinence d'effort	Thérapie comportementale	Exercices de Kegel : environ 50 % initialement, environ 30 % à 10 ans Rétroaction biologique : 50 % initialement, 15 % à long terme
	Injection de collagène	75 % à 1 an, 45 % à 3 ans
	Chirurgie	75 à 80 % si le diagnostic a été posé adéquatement avant la chirurgie
Incontinence par hyperactivité vésicale	5 à 15 mg de Ditropan® <i>die</i> en deux ou trois prises	Environ 70 %
	2 mg de Detrol ^{MC} b.i.d.	Environ 70 %
	200 à 300 mg d'Urispas® q.i.d.	Peu efficace
	Thérapie comportementale	Exercices de Kegel : 20 % à 5 ans Rétroaction biologique : comme le placebo
	10 à 25 mg de Tofranil®, 1 à 3 fois par jour	20 à 80 %
Incontinence mixte	Ortho® Dienestrol : 1 applicateur 1 à 3 fois par semaine	Peu efficace
	Débuter par le traitement de l'hyperactivité vésicale et, au besoin, ajouter les traitements de l'incontinence d'effort.	
Incontinence totale	Chirurgie	Plus de 90 %
Incontinence paradoxale	S'il y a obstruction : lever l'obstruction.	Variable, selon l'état de décompensation du détrusor
	S'il y a hypotonie vésicale : cathétérismes intermittents ou sonde à demeure.	100 % 100 %
Incontinence fonctionnelle	Mictions planifiées	
	Modification de l'environnement	Variable

de cette technique est d'environ 70 % à un an, mais il diminue prodigieusement par la suite. Par ailleurs, il s'agit d'un traitement qui, quoique peu efficace, demeure coûteux et nécessite souvent des injections répétées¹⁰. Cette méthode est utilisée pour le traitement de l'incontinence d'effort et de l'incontinence mixte en association avec le traitement pharmacologique.

Suspension rétropubienne, bande-

lette urétrale (sling) et suspension transvaginale. Le choix de la chirurgie dépendra de la cause de l'incontinence d'effort (insuffisance urétrale ou hypermobilité urétrale), de la présence ou non d'une cystocèle et de l'état général de la patiente. Dans les cas d'hypotonie urétrale et s'il y a des antécédents de chirurgie correctrice d'incontinence urinaire, on privilégiera la bandelette urétrale. L'hyper-

mobilité urétrale est souvent traitée en première intention par une suspension rétropubienne. Toutefois, de plus en plus d'études montrent que la bandelette urétrale est aussi efficace, sinon plus. D'une manière générale, la suspension rétropubienne et la bandelette urétrale ont les plus hauts taux de succès à moyen et à long terme, avec des résultats variant entre 75 et 90 %.

Les interventions de suspension va-

ginale, quant à elles, sont réservées aux patientes ayant de nombreuses maladies concomitantes. Elles sont moins effractives, mais aussi moins efficaces, et de ce fait, elles sont de plus en plus délaissées.

Le traitement chirurgical est réservé aux cas d'incontinence d'effort ou d'incontinence mixte et, selon le degré d'hypermobilité ou d'hypotonie urétrale, il est associé ou non à un traitement pharmacologique.

Quant au problème particulier de l'incontinence urinaire paradoxale, il faudra évaluer plus avant les causes de la rétention urinaire chronique et ses répercussions possibles sur l'arbre urinaire supérieur. Les médicaments anticholinergiques sont fortement contre-indiqués pour ces patientes. Le choix du traitement (cathétérismes intermittents, sonde à demeure, intervention chirurgicale, par exemple) sera fonction du degré de tonus du muscle vésical, de l'état de l'urètre et de la comorbidité. Finalement, en ce qui concerne l'incontinence fonctionnelle, on doit entre autres évaluer si un réaménagement architectural pourrait faciliter l'accès aux installations sanitaires, et ne pas oublier qu'il est possible qu'elle soit associée à une incontinence d'effort ou d'urgence.

On trouvera au **tableau IV** les principales options thérapeutiques pour chaque type d'incontinence, avec leur taux de succès.

L'incontinence urinaire chez la femme est un problème fréquent en clinique. Même si la vie des patientes qui en souffrent n'est pas en danger, leur qualité de vie est souvent sérieusement affectée, et ce, dans le sens le plus large du terme. Il convient de vérifier systématiquement si une

incontinence urinaire est présente en adoptant un esprit ouvert afin d'atténuer le malaise, et même la honte que ressentent les patientes aux prises avec ce problème. Une évaluation rigoureuse, systématique et surtout individualisée de chaque patiente s'avère primordiale. □

Date de réception : 12 février 2001.

Date d'acceptation : 28 mars 2001.

Mots clés : incontinence urinaire, femme, investigation, traitement.

Bibliographie

1. Donovan J, Naughton M, Gotoh M, Corcos J, Jackson S, Kelleher C, et al. Symptom and quality of life assessment. Dans : Abrams P, Khoury S, Wein A, réd. *Proceedings of the First WHO and UICC International Consultation on Incontinence*. Monaco, 1998 : 295-331.
2. Wilson L, et al. Societal costs of urinary incontinence. *Proceedings on Urinary Incontinence: Research Issues and Opportunities*. Bethesda, MD : National Institute of Diabetes, Digestive and Kidney Diseases, 1998 : 53.
3. Hershorn S. *Investigation and management of lower urinary tract dysfunction*. Advanced Course in Urology. Kingston, Ont. : février 2000.
4. Tessier J, Shick E. Incontinence urinaire. Dans : Querin S, Valiquette L, réd. *Physiopathologie des maladies du rein et des voies urinaires*. Saint-Hyacinthe : Edisem-Maloine, 2000 : 149-53.
5. Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. *Campbell's Urology*. 7^e éd. Philadelphie : WB Saunders, 1998 : 1007-29.
6. Abrams P. Lower urinary tract symptoms in women: Who to investigate and how? *Bri J Urol* 1997 ; 80 : 43-8.
7. Cardozo L. History and examination. Dans : Cardozo L, réd. *Urogynecology: The King's Approach*. Philadelphie : Churchill-Livingston, 1997 : 85-99.
8. Grouta A, Blaivas JG, Chikin DC, Resnick NM, Engleman K, Anzalone D, et al. Non invasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms. A multicenter study of micturition diary and pad tests. *J Urol* 2000 ; 164 : 698-701.
9. Lighter DJ. *Conservative management for urinary incontinence*. AUA Update Series, Lesson 15, vol. XVIII, 2000.
10. Gormley EA. *Slings and other incontinence surgery*. Tenth Annual Meeting, Canadian Senior Urology Residents Meeting. Kelowna, C.-B., 2000.

Summary

Urinary incontinence in women.

Urinary incontinence is a common problem affecting women. The history and physical exam will help the physician to classify the type of incontinence a particular patient is suffering: stress, urge, a combination of stress and urge, total, overflow or functional incontinence.

A urine culture is necessary only in case of urge incontinence or when the urine analysis is suggestive of infection. A 48 hour register of each voiding and incontinence episode is part of the basic investigation in every patient.

Therapeutic options for the treatment of stress incontinence include Kegel exercises, biofeedback, peri-urethral injection of agents such as collagen, supra-pubic bladder neck suspension or sling procedure. The treatment of urge incontinence is primarily pharmacological although biofeedback is also effective for that condition. Total incontinence implies a communication between the urinary tract and the vagina that only surgery can overcome. Overflow incontinence will necessitate removal of the infra-vesical obstruction when present or bladder emptying by self intermittent catheterization or indwelling catheter in case of an hypotonic bladder. Finally, timed voiding, help for mobilization or house conversion may help alleviate functional incontinence, except in case of severe dementia.

Key words: urinary incontinence, women, investigation, treatment.