

Aspects épidémiologiques des incontinences urinaires en rééducation au CNHU de Cotonou

KPADONOU Godonou Toussaint, LAWSON Michel, ALAGNIDE Etienne, HODONOU René, ODOULAMI Honoré

RÉSUMÉ

Introduction : Les incontinences urinaires (IU) sont assez bien connues dans leurs formes cliniques, leurs mécanismes physiopathologiques, leurs étiologies... Mais, les données de la littérature sur leurs aspects épidémiologiques sont très variables.

Objectif : Cette étude définit le profil épidémiologique de l'incontinent urinaire au service de Rééducation - Réadaptation Fonctionnelle (SRRF) du CNHU de Cotonou.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 202 cas d'incontinences urinaires enregistrés au SRRF de janvier 1997 à décembre 2006. La comparaison des données a été faite avec le test de chi deux.

Résultats : La fréquence des IU a été progressivement croissante avec une moyenne annuelle de 20,6. L'âge moyen des patients a été de 46,5 ans. Les femmes plus nombreuses (62%) ont eu préférentiellement des IU d'effort et par urgenturies et les hommes des IU par regorgement et par urgenturies. Toutes les classes professionnelles sont atteintes. L'obésité a été isolée comme facteur péjoratif. Les antécédents gynéco obstétricaux, la chirurgie uro-gynécologique, les pathologies du système nerveux central ont été les facteurs souvent associés aux IU. Seulement 50% des IU sont déclarées spontanément en consultation et après une longue période d'évolution. En rééducation, le traitement physique a été proposé en première intention aux 2/3 des patients dont 50% ont reçu auparavant un traitement médicamenteux.

Discussion-conclusion : les IU sont relativement fréquentes et en progression en Rééducation à Cotonou. Le retard observé dans leur notification peut être imputable au rôle néfaste des tabous dans la prise en charge de certaines pathologies jugées honteuses dans nos sociétés traditionnelles.

Mots-clés : incontinences urinaires, épidémiologie, Rééducation, Bénin

SUMMARY

Background: Urinary incontinences (UI) are well known upon their clinical forms, physiopathological mechanisms and their aetiologies. But their very variable epidemiological aspects elsewhere don't exist in CNHU of Cotonou.

Objective: We defined the epidemiological profile of urinary incontinent subject on Rehabilitation Department of CNHU in Cotonou from 1997 to 2006.

Method: We conducted a retrospective and descriptive study based on 202 UI cases treated on Rehabilitation Department from January the 1st 1997 to December the 31st 2006. Data statistical analysis is done with the chi square test.

Results: IU frequency was progressively increasing with a yearly average about 20.6. Mean age of the patients was of 46.5 years. Female (62%) predominated with preferentially UI by effort and by urgency, but male got UI by regorgement and by urgency. All professional classes are affected. Obesity has been isolated like pejorative factor. Gynaecological and obstetrical injuries, urological and gynaecological surgeries and central nervous system injuries were factors associated with UI. Only 50% of patients complained to physician about their urinary incontinence. And in that case, it was after a long time after the onset. In Rehabilitation department, physical treatment was proposed in first intention to 2/3 of patients. Before it, 50% of them have received medical treatment.

Discussion-conclusion: UI are relatively frequent and increased in Rehabilitation in Cotonou. Delay noted in their notification can be attributable to the ominous role of taboos in taking care of some pathologies considered ashamed in our traditional societies.

Key words: Urinary incontinence - Epidemiology - Rehabilitation - Benin.

INTRODUCTION

Les incontinences urinaires constituent à travers le monde entier un problème majeur de santé publique. Elles sont bien connues ailleurs dans leurs formes cliniques, leurs mécanismes physiopathologiques, leurs étiologies et leur impact sur la qualité de vie. Mais les données épidémiologiques restent très variables et l'Organisation mondiale de la santé estime la prévalence des incontinences urinaires entre 10 et 17% (Hampel, 1997) ; (Hu, 2004). Au centre National hospitalier et universitaire de Cotonou, aucune étude n'a été menée sur les aspects épidémiologiques des incontinences urinaires. Les unités de rééducation figurant souvent en bonne place parmi les services

centraux concernés par ce problème, il nous a paru opportun de déterminer le profil épidémiologique de l'incontinent urinaire en Rééducation à Cotonou sur une période de dix ans.

Service de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle du CNHU de Cotonou,
04 BP 808 Cadjèhoun, Bénin

E-Mail: kpadonou_toussaint@yahoo.fr

Service de Psychiatrie CNHU de Cotonou / Service MédicoPsychoPédagogique
(SMPP), 04 BP 808 Cadjèhoun Cotonou, Bénin

Clinique Universitaire de Traumatologie, d'Orthopédie et de Chirurgie
Réparatrice CNHU de Cotonou, BP 386 Cotonou, Bénin

Service de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle du CNHU de Cotonou,
04 BP 808 Cadjèhoun Cotonou, Bénin

Service d'urologie du CNHU de Cotonou, BP 386 Cotonou, Bénin

Clinique Universitaire de Traumatologie, d'Orthopédie et de Chirurgie
Réparatrice CNHU de Cotonou, BP 386 Cotonou, Bénin

I. MATÉRIEL ET MÉTHODE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur tous les cas d'incontinences urinaires enregistrés dans le Service de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle (SRRF) du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou entre 1997 et 2006.

Ont été inclus dans la présente étude, tous les sujets reçus au SRRF du 1er janvier 1997 au 31 décembre 2006 (soit 10 ans) et ayant évoqué une plainte d'incontinence urinaire comme motif principal de consultation ou présentant une incontinence de découverte secondaire.

Ont été exclus tous les incontinents urinaires admis avant et après la période de l'étude, les patients présentant des fuites urinaires par abouchement ectopique de l'urètre ou par fistules vésico-vaginales et les cas d'incontinences urinaires survenus chez des sujets ayant moins de 18 ans.

Le recensement des patients a été fait sur la base de fichiers informatisés du service. Les patients ont été recherchés soit sur la base du diagnostic d'incontinences urinaires, ou à partir des pathologies pourvoyeuses d'incontinence urinaire (accidents vasculaires cérébraux, traumatismes médullaires, syndrome de la queue de cheval...).

L'outil de collecte a été une fiche d'enquête comportant les informations recherchées pour l'étude.

Les variables concernent l'année d'admission du patient, ses caractéristiques personnelles (âge, sexe, indice de masse corporelle), sa profession, ses antécédents gynéco obstétricaux, chirurgicaux périnéaux et neurologiques. L'indice de masse corporelle $IMC = \text{Poids (kg)} / \text{Taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$. Par la suite nous avons utilisé la classification internationale des obésités pour classer les patients de notre étude (Basdevant, 1993).

En ce qui concerne l'incontinence urinaire, motif principal ou secondaire de consultation, le délai d'évolution, le traitement antérieur, le type clinique, et le traitement proposé en première intention dans le service ont été les variables recherchées.

Les données recueillies ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi info.6. Le test statistique de chi carré a permis l'analyse des résultats.

II. RÉSULTATS

Cette étude nous a permis d'enregistrer 202 cas d'incontinences urinaires dont les caractéristiques sont les suivantes :

2.1 Fréquence annuelle des incontinences urinaires de 1997 à 2006

La fréquence moyenne annuelle a été de 20,6, avec un maximum de 40 cas en 2006. La figure n°1 montre l'évolution de la fréquence des incontinences de 1997 à 2006.

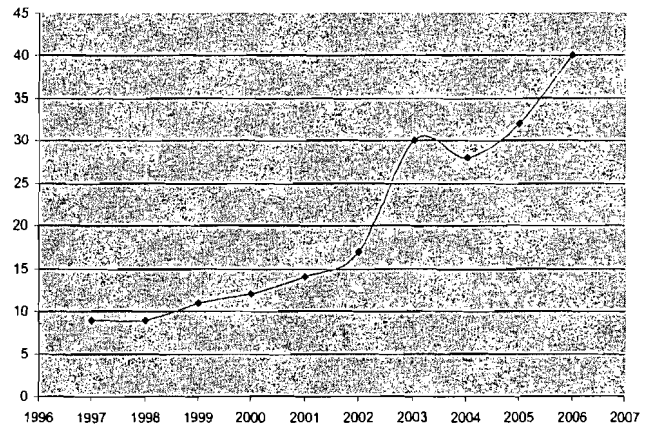


Figure n° 1 : Fréquence annuelle des incontinences urinaires

2.2 Caractéristiques des patients

2.2.1 Age et sexe des patients

L'âge moyen des patients a été de 46,5 ans avec les extrêmes allant de 18 à 75 ans. Le sexe féminin a été plus fréquent (62%) et la sex-ratio de 0,62. La figure n°2 montre la répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe.

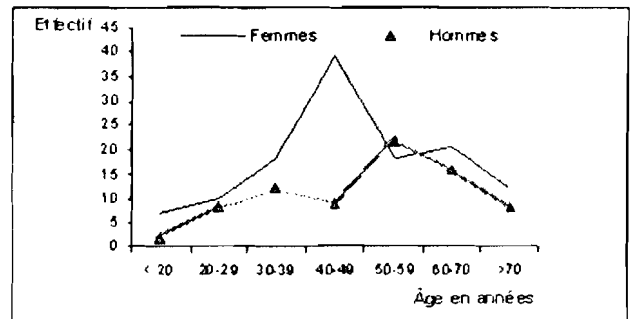


Figure n° 2 : Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe

2.2.2 Profession des patients

Trois catégories de patients ont été rencontrées selon la profession : Les ouvriers (47%), les cadres moyens (28,7%), les cadres supérieurs (20,8%). Chez 3,5%, la profession n'a pu être précisée.

2.2.3 Indice de masse corporelle des patients

Quatre vingt huit patients soit (43,6%) ont un surpoids, 59 (29,2%) une obésité modérée, 38 (18,8%), une obésité morbide et 17 (8,4%) un poids normal.

2.2.4 Antécédents favorisant de l'incontinence urinaire chez les patients

Ils ont concerné le tractus urogénital et le système nerveux comme le résume le tableau n°1.

Tableau I : Répartition patients selon les antécédents favorisant l'incontinence urinaire

	N	%
Gynéco obstétricaux	70	34,6
Accidents vasculaires cérébraux	62	30,7
Chirurgie uro-gynécologique	38	18,8
Traumatisme du rachis	27	13,4
Syndrome de la queue de cheval	3	1,5
Indéterminé	2	1,0
Total	202	100,0

2.3 Caractéristiques de l'incontinence urinaire

Plusieurs aspects ont été explorés à savoir la place qu'occupe l'incontinence parmi les préoccupations du patient, l'ancienneté de l'incontinence et les types d'incontinence.

2.3.1 Place de l'incontinence urinaire en tant que plainte

L'incontinence peut être la principale plainte du patient ou une plainte secondaire. Le tableau n°II en donne une illustration par rapport aux antécédents favorisants.

Tableau II : Place de la plainte de l'incontinence urinaire chez les patients en fonction des antécédents favorisants

	Plainte principale		Plainte secondaire	
	N	%	N	%
Gynéco obstétricaux	70	34,6	0	0
Chirurgie uro-gynécologique	38	18,8	0	0
Accidents vasculaires cérébraux	0	0	62	30,7
Syndrome de la queue de cheval	0	0	3	1,5
Traumatisme du rachis	0	0	27	13,4
Indéterminé	2	1,0	0	0
Total	110	54,5	92	45,5

2.3.2 Délai d'évolution en fonction des antécédents

Il est fonction de la représentation du facteur favorisant en terme d'urgence médicale comme le montre la figure n°3.

2.3.3 Types d'incontinence urinaire

La figure n°4 résume les différents types d'incontinence rencontrés en fonction du sexe du patient.

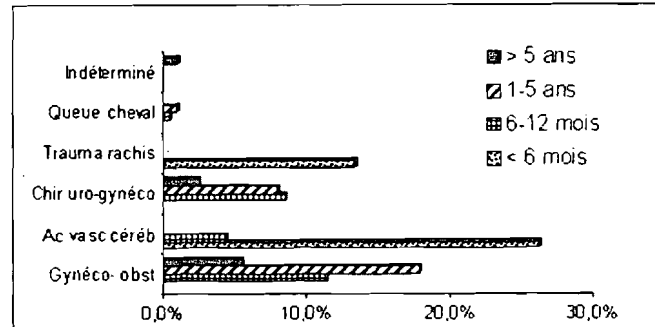


Figure n°3 : Délai d'évolution de l'incontinence urinaire selon les antécédents favorisants

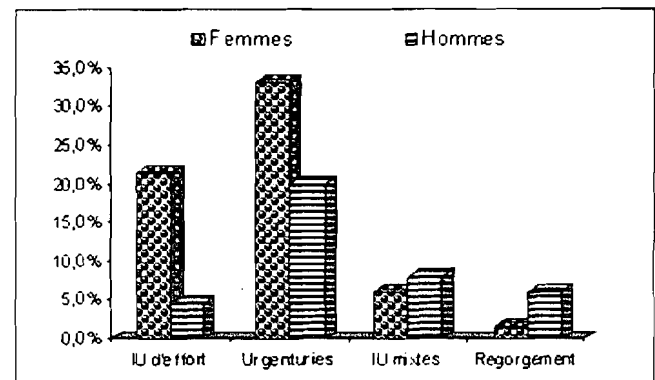


Figure n°4 : Types d'incontinence urinaire observés en fonction du sexe

2.4 Traitement

2.4.1 Traitement antérieur de première intention avant l'admission dans le service

Avant leur admission, les patients ont souvent reçu en première intention un traitement médicamenteux (49%) et chirurgical (3,5%). Le reste (47,5%) n'a reçu aucun traitement.

2.4.2 Traitement de première intention proposé dans le service

De même à leur admission dans le service, la kinésithérapie a été le seul traitement et celui de première intention qui leur a été proposé dans tous les types d'incontinence excepté les urgenturies où le traitement médicamenteux prédomine comme le montre la figure n°5.

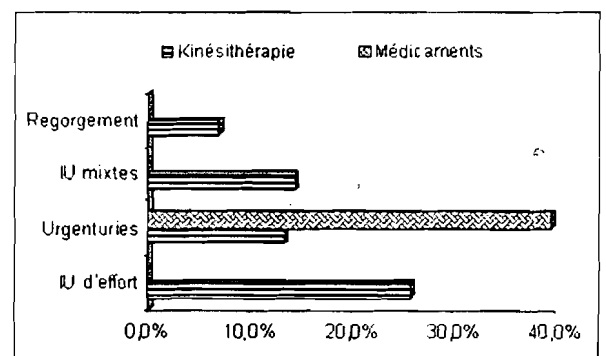


Figure n°5 : Traitement de première intention proposé dans le service en fonction du type d'incontinence

III. DISCUSSION

3.1 Admission selon les années

La fréquence moyenne annuelle des incontinences urinaires en service de rééducation a été de 20,2. Leur fréquence annuelle a connu une progression régulière depuis 1997 jusqu'en 2006, commençant par une phase où l'augmentation fut faible (1997 à 2000), et allant vers une étape de forte progression (2001 à 2006). Un calcul statistique entre les effectifs de chaque année montre également une différence significative ($p < 0,001$). Cela témoigne de l'augmentation progressive des cas d'incontinence urinaire dans le service. Cette augmentation de la fréquence des incontinences urinaires dans le service de rééducation n'est certainement pas la traduction d'une augmentation des cas d'incontinence urinaire dans la population générale. En effet, il s'agit d'une observation qui va de paire avec l'ensemble des admissions du service. De même, le constat fait dans de nombreux pays comme les Etats-Unis, les pays scandinaves, l'Angleterre, les Pays-Bas, la France, l'Australie, la Nouvelle Zélande... est une tendance à la stabilité du taux de prévalence depuis 40 ans (Dominique, 1998). Dans notre contexte, nous pouvons dire que le caractère récent de la rééducation au Bénin, offrant de nouvelles prestations pour la prise en charge des incontinences, incite les prestataires des autres services de l'hôpital du CNHU à donner une chance supplémentaire à leurs patients en les référant à la rééducation.

3.2 Caractéristiques des patients

Le problème de l'incontinence urinaire concerne tous les âges et les deux sexes ; comme en témoigne l'aspect des courbes des deux sexes et selon les tranches d'âge. Tout de même, ce trouble urinaire a touché plus de femmes (62%) que d'hommes, avec un sex-ratio de 0,62 en faveur des femmes. Cette prédominance féminine déjà rapportée par plusieurs auteurs pourrait être attribuée à la fragilisation du périnée de la femme par les grossesses, les accouchements et la ménopause (Milsom, 2006) ; (Hampel, 2004).

Le pic modal d'atteinte des femmes est situé entre 40 et 50 ans tandis que chez les hommes, il est atteint entre 50 et 70 ans. Ces différences tiennent d'abord aux différences anatomiques du système de continence urinaire et ensuite aux moments déterminants de survenue des états ou pathologies susceptibles d'altérer ce système de continence chez la femme et l'homme.

Entre autres facteurs retrouvés altérant la continence chez les patients de notre étude, on peut citer les antécédents gynéco-obstétricaux (34,6%), les chirurgies uro-gynécologiques (18,8%), les pathologies du

système nerveux central dont les accidents vasculaires cérébraux (30,7%). Ces différents facteurs sont assez bien connus et sont retrouvés dans plusieurs études (Hampel, 1997) ; (Milsom, 2006) ; (Hampel, 2004).

L'obésité est reconnue également comme un facteur de risque de l'incontinence urinaire (Hampel, 1997) ; (Shakhatreh, 2005). Dans notre étude, 48% des patients classés obèses selon la classification de l'organisation mondiale de la santé rentrent dans cette catégorie (Thibaut de Saint-Pol, 2007).

Il est par contre difficile de se prononcer sur la relation entre incontinence urinaire et profession des sujets. En effet certains auteurs abordent la question, par rapport au niveau intellectuel des sujets (Mikou, 2001). Les difficultés actuelles, à travers le monde en général et les pays en voie de développement en particulier en matière de profession, font qu'il n'y a pas toujours de corrélation entre niveau intellectuel et profession exercée.

3.3 A propos de l'incontinence urinaire

Seulement 50% des patients ont pu évoquer leur problème d'incontinence urinaire dans le service. S'il est vrai que certains sujets ont eu leur incontinence urinaire il y a moins de six mois (traumatisés du rachis et accidents vasculaires cérébraux surtout), un bon nombre de patients vivaient cet état pathologique il y a plus de cinq ans. L'analyse du délai d'évolution de l'incontinence urinaire en fonction des antécédents du patient, permet de constater que ce sont surtout les sujets ayant un handicap moteur relativement lourd (AVC, traumatisme rachidien) qui ont été vus à moins de six mois de leur incontinence urinaire. Cela confirme bien notre première observation selon laquelle les sujets ne viennent pas souvent en consultation pour leur incontinence urinaire en première intention. En effet, l'incontinence urinaire ayant rapport avec la vie intime du sujet, est souvent considérée comme un sujet de « honte ». Tout de même, d'autres raisons ont été avancées pour justifier ce retard en consultation. Il s'agit de la considération de l'incontinence urinaire comme faisant partie d'un phénomène normal dès un certain âge et le coût « élevé » des soins (Hampel, 1997) ; (HU, 2004) ; (Mikou, 2001) ; (Gasquet, 2006).

En ce qui concerne le type d'incontinence urinaire, les femmes ont souvent eu une incontinence d'effort ou des urgenturies alors que les incontinences des hommes sont dues à des urgenturies ou des mictions par regorgement. Cette répartition des types d'incontinence urinaire en fonction du sexe a été déjà retrouvée par Hampel en 1997.

3.4 En ce qui concerne le traitement

Avant l'admission dans le service de rééducation et réadaptation fonctionnelle, plus d'un patient sur deux a bénéficié d'un traitement. Ce traitement a été médicamenteux dans la majorité des cas. Le nombre de ceux qui n'ont encore reçu aucun traitement n'est pas négligeable (47,5%). Il s'agit certainement de ceux qui n'avaient jamais parlé de leur incontinence urinaire à un médecin, comme le disait Dominique en 1998.

Le traitement proposé en première intention aux patients en service de rééducation a été les séances de kinésithérapie, dans deux cas sur trois. Ce résultat est partagé par plusieurs auteurs (Hay-Smith, 2006) ; (Cammu, 1991) ; (Valiquette, 1991) ; (Elia, 1993) ; (Castille, 1995).

CONCLUSION

Les admissions des incontinenances urinaires dans le service de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle du CNHU de Cotonou sont en progression tous les ans, avec une prédominance féminine. Il s'agit généralement dans cette étude de patient de 40 à 50 ans, ouvrier ayant une obésité modérée et des antécédents urogynécologique ou neurologique central. Le problème d'incontinence urinaire remontait souvent à plusieurs années et n'est pas évoqué en première intention en consultation. Seules les incontinenances d'origine centrale ont été vues au cours des six premiers mois. Cela soulève une fois encore le problème du rôle néfaste des tabous dans la prise en charge de certaines pathologies considérées comme honteuses dans nos sociétés traditionnelles.

RÉFÉRENCES

- 1. BASDEVANT A, LEBARZIC M, GUY-GRAND B.** Les obésités. Nouvelle Edition Ardix Médical, Neuilly-Sur-Seine, 1993 : 5-7 ; 17-38
- 2. CAMMU H, VAN NYLER M, DERDE MP, DEBRUYNE R, AMY JJ.** Pelvic physio therapy in genuine stress incontinence. *Urology* 1991, 38 : 332- 37
- 3. CASTILLEY, OPSOMERRJ, QBJAAD A, VAN CANGH PJ.** Place et contribution de la kinésithérapie après prostatectomie radicale totale. *Ann. Kinésithér*, 1995, 22 : 189-9
- 4. DEVREEZE AM, VERECKEN RL, ASSCHE FA.** Perineal physiotherapy in the treatment of female urinary incontinence as an alternative to surgery. *Int urogynécol*, 1992, 3 : 33-37
- 5. DOMINIQUE G, SENGLER J.** Rééducation périnéale. Le point en rééducation. 7ème édit Masson, Paris 1998, 135 p.
- 6. ELIA G, BERGMAN A.** Pelvic muscles exercise : When do they work ? *Obstet Gynecol* 1993, 81 : 283-6
- 7. GASQUET I, TCHERNY-LESSENOT S, GAUDEBOUT P, LE GOUX BB, KLEIN P, HAAB F.** Influence of severity of stress Urinary Incontinence on Quality of Life, Health Care Seeking, and Treatment : A National Cross-Sectional Survey. *European urology* 2006, 50 (4) : 818-25
- 8. HAMPEL C, ARTIBANI W, ESPUÑA PONS M, HAAB F, JACKSON S, ROMERO J, GAVART S, PAPANICOLAOU S.** Understanding the Burden of Stress Urinary Incontinence in Europe : A Qualitative Review of the Literature. *European urology* 2004, 46(1) : 15-27
- 9. HAMPEL C, WIENHOLD D, BENKEN N, EGGERSMANN C, THUROFF JW.** Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology* 1997, 50(6) : 4-14
- 10. HAY-SMITH EJC, DUMOULIN C.** Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No. : CD005654. DOI: 10.1002/14651858. CD005654
- 11. HU TW, WAGNER TH, BENTKOVER JD, LEBLANC K, ZHOU SZ, HUNT T.** Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the united state: a comparative study. *Urology*, Mar 2004, 63 : 461-5
- 12. MIKOU F, ABBASSI O, BENJELLOUN A, MATAR N, EL MANSOURI A.** Prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme marocaine. À propos de 1 000 cas. *Ann Urol* 2001, 35(5) : 280-9
- 13. MILSOM I.** Epidemiology of Stress, Urgency, and Mixed Incontinence : Where do the Boundaries Cross? *European urology suppl.* 2006, 5(16) : 842-8
- 14. SHAKHATREH FM.** Epidemiology of urinary incontinence in Jordanian women. *Saudi Med J* 2005, 26(5) : 830-5
- 15. THIBAUT DE SAINT POL.** Comment mesurer la corpulence et le poids idéal? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle. Note et documents, 2007, 01, Paris, OSC : p12
- 16. VALIQUETTE L, PAQUIN JM.** La rééducation périnéale dans l'incontinence urinaire d'effort. *clin*, 1991, 45 : 816-21