



HAL
open science

Évaluation des connaissances et des pratiques cliniques concernant la prise en charge des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale sur le territoire de l'ex Basse-Normandie

Lucie Jeanne

► To cite this version:

Lucie Jeanne. Évaluation des connaissances et des pratiques cliniques concernant la prise en charge des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale sur le territoire de l'ex Basse-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03378253

HAL Id: dumas-03378253

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03378253>

Submitted on 14 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 02 juillet 2021

par

Mme JEANNE Lucie

Née le 13/06/1988 à Caen (Calvados)

TITRE DE LA THÈSE:

" Évaluation des connaissances et des pratiques cliniques concernant la prise en charge des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale sur le territoire de l'ex Basse-Normandie. "

Présidente : Madame le Professeur FAUVET Raffaèle

Membres : Madame le Professeur associée VILLOT Anne

Madame le Docteur PIZZOFERRATO Anne-Cécile « Directrice de thèse »

Monsieur le Docteur HUMBERT Xavier



UNIVERSITÉ DE CAEN ·
NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE
MEDECINE

Année Universitaire 2020/2021

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail

M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO ManhThông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. Médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie

M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. De communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig Anglais

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M. DERLON Jean-Michel Neurochirurgie

M. GUILLOIS Bernard Pédiatrie

M. HABRAND Jean-Louis Cancérologie option Radiothérapie

M. HURAUULT de LIGNY Bruno Néphrologie

Mme KOTTLER Marie-Laure Biochimie et biologie moléculaire

M. LE COUTOUR Xavier Epidémiologie, économie de la santé et prévention

M. LEPORRIER Michel Hématologie

M. RAVASSE Philippe Chirurgie infantile

M. TROUSSARD Xavier Hématologie

M. VIADER Fausto Neurologie



UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMAN-
DIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE ME-
DECINE

Année Universitaire 2020/2021

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence

M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M.	HUMBERT Xavier	Médecine générale
----	----------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier le Dr Pizzoferrato pour m'avoir dirigée dans ce « long » travail de thèse. Merci pour tes conseils et ta patience.

Merci à Mme le Professeur Fauvet pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.

Merci à Madame le Professeur associée Villot et au Docteur Humbert pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Merci à tous les médecins généralistes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire, et sans qui il n'y aurait pas eu de thèse.

Merci à PA pour son aide précieuse à la traduction en anglais.

Merci à tous les maîtres de stage et les co-internes rencontrés lors de mon parcours universitaire et particulièrement au Dr Ruauld et au pôle de santé d'Evrecy qui ont confortés mon choix pour la médecine libérale.

Merci à Marie et Agathe pour leur soutien sans faille et leur bonne humeur.

Merci à toute ma famille de m'avoir soutenue et accompagnée dans mes choix, et particulièrement à Julie de m'avoir donné le goût et ouvert la voie de la médecine humaine.

Merci à Thibault mon amour et Malo pour leur soutien et leur joie de vivre au quotidien. Et bientôt une deuxième petite bouille d'amour fera partie de la famille...

ABREVIATIONS :

AFU : Association Française d'Urologie

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

BU : Bandelette Urinaire

BUD : Bilan Uro-Dynamique

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU : Dispositif Intra-Utérin

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FMC : Formation Médicale Continue

GO : Gynécologue Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

IA : Incontinence Anale

ICS : International Continence Society

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IU : Incontinence Urinaire

IUE : Incontinence Urinaire d'Effort

IUM : Incontinence Urinaire Mixte

IUU : Incontinence Urinaire par Urgenturies

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage Universitaire

PA : Paquet Année

POP : Pelvic Organ Prolapse

POP-Q : Pelvic Organ Prolapse Quantification

QdV : Qualité de Vie

RHD : Règles hygiéno-diététiques

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

SF : Sage-Femme

SMR : Service Médical Rendu

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

VPP : Valeur Prédicative Positive

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES :

Figure 1 : Composition anatomique du périnée en position gynécologique et en coupe transversale	3
Figure 2 : Limites anatomiques du périnée et anatomie du périnée en position gynécologique ...	4
Figure 3 : Classification POP-Q	6
Tableau 1 : Prévalence selon les stades d'après Swift et al.	7
Tableau 2: Taux de prévalence selon les stades et l'étage dans les études de Handa et al, et de Dietz	7
Figure 4 : Prévalence de l'IU chez les femmes de plus de 20 ans selon l'étude EPICONT.....	9
Figure 5 : Prévalence des différents types d'IU chez les femmes de plus de 20 ans selon l'étude EPICONT	10
Figure 6 : Modèle de BUMP.....	11
Figure 7 : Injection de toxine botulique sous cystoscopie dans le détrusor	18
Figure 8 : Exemple de neurostimulation percutané du nerf tibial postérieur	19
Figure 9 : Exemple de dispositif implanté de neurostimulation des racines sacrées	20
Figure 10 : Répartition des interlocuteurs avec qui les 658 femmes avaient discuté de leur problème d'incontinence urinaire	21
Tableau 3: Nombre de femme ayant discuté de leurs symptômes d'IU en fonction du type de praticien et celles n'ayant pas parlé avec un médecin de leurs symptômes d'IU	22
Figure 11: Diagramme des flux concernant la diffusion des questionnaires aux médecins généralistes	24
Tableau 4 : Caractéristiques des praticiens ayant déclarés savoir reconnaître, ou non, cliniquement un prolapsus	30
Tableau 5 : Réponses en matière de prescription de rééducation périnéale et de pessaire en cas de découverte d'un POP.....	32

SOMMAIRE :

INTRODUCTION.....	1
A. Le périnée féminin : unité fonctionnelle complexe.....	3
I. Rappels anatomiques et physiologiques.....	3
1. Définition.....	3
2. Limites anatomiques.....	3
II. Prolapsus génital.....	4
1. Définition et symptômes associés aux prolapsus.....	4
2. Echelles de classification des prolapsus	4
3. Epidémiologie	6
III. Incontinence urinaire.....	8
1. Définition physiopathologique et symptômes	8
2. Epidémiologie	8
3. Physiopathologie de l'incontinence urinaire	10
IV. Facteurs de risque de trouble de la statique pelvienne	10
1. Facteurs prédisposants.....	11
2. Facteurs acquis	12
a. Prolapsus	12
b. Incontinence urinaire	13
V. Traitements des prolapsus et incontinence urinaire	14
1. Prévention et règles hygiéno-diététiques	14
2. La rééducation périnéale	14
3. Les pessaires	15
4. Traitements médicamenteux	15
a. Prolapsus	15
b. Incontinence urinaire d'effort	16
c. Incontinence urinaire par urgenturies	16
5. Stimulation du nerf tibial postérieur	18
6. Stimulation des racines sacrées	19
7. Chirurgie	20
B. Etude	21
I. Matériel et méthode	21
1. Justifications et objectifs	21
2. Type d'étude	22
3. Population cible	22
4. Réalisation du questionnaire	22
5. Diffusion du questionnaire et recueil des données	23
6. Période d'étude	23
7. Traitement des données	24
II. Résultats	24
1. Taux de participation	24
2. Description des répondeurs	25
a. Le sexe	25
b. L'âge	25

c.	Lieux d'exercice	25
d.	Formation complémentaire en gynécologie obstétrique	25
e.	Suivi gynécologique proposé aux patientes	25
f.	Estimation de la fréquence des consultations ayant pour motif un trouble de la statique pelvienne sur 12 mois	25
3.	Connaissances sur les prolapsus génitaux et l'incontinence urinaire	26
a.	Estimation de la fréquence des prolapsus génitaux chez les femmes de plus de 20 ans	26
b.	Estimation de la fréquence de l'incontinence urinaire chez les femmes de plus de 20 ans	26
c.	«Chez vos patientes présentant un ou plusieurs facteurs de risque de troubles de la statique pelvienne, recherchez-vous systématiquement une incontinence urinaire ou un prolapsus génital ?»	26
d.	Proposition d'une consultation dédiée en cas de symptômes évocateurs de trouble de la statique pelvienne	26
e.	Symptôme ayant la meilleure valeur prédictive positive de prolapsus génital	26
f.	Principaux facteurs de risque de prolapsus génital et d'incontinence urinaire	26
g.	Concernant la rééducation périnéale	26
h.	«Faites-vous d'autres propositions thérapeutiques pour prendre en charge vos patientes présentant des troubles de la statique pelvienne ?»	27
i.	«Y a-t-il selon vous un/des frein(s) au diagnostic et à la prise en charge des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire chez les femmes ?»	27
j.	«Pensez-vous être suffisamment formé sur le sujet ?»	27
4.	Concernant les pratiques des médecins généralistes participants en cas de prolapsus génital	28
a.	Capacité à reconnaître cliniquement un prolapsus génital	28
b.	«Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en cas d'un diagnostic de prolapsus génital ?»	28
c.	Prescription de la rééducation périnéale en première intention devant la découverte d'un POP	28
d.	Prescription de pessaire en cas de diagnostic de POP	28
e.	Manipulation de pessaire	28
f.	«Pensez-vous que la chirurgie soit le seul traitement efficace?»	28
g.	Adressage au spécialiste	29
5.	Concernant les pratiques des médecins généralistes participants en cas d'incontinence urinaire	29
a.	Consultation pour ménopause	29
b.	Vignettes cliniques	29
c.	Evaluation de la sévérité d'une incontinence urinaire	29
d.	«Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en première intention lors d'un diagnostic d'incontinence urinaire»	29
e.	«En cas de diagnostic d'incontinence urinaire pensez-vous que la chirurgie soit le seul traitement efficace ?»	29
f.	«En cas de diagnostic d'incontinence urinaire, essayez-vous un traitement anticholinergique en première intention ?»	30

g. «En cas de diagnostique d'incontinence urinaire, adressez-vous directement la patiente à un spécialiste ?»	30
6. Comparaison des connaissances et rôles des médecins en fonction de leurs caractéristiques	30
7. Comparaison des réponses par rapport au type de suivi proposé aux patientes	31
8. Comparaison des réponses en fonction de la formation des praticiens	31
9. Comparaison des réponses en fonction de la fréquence des consultations pour un trouble de la statique pelvienne	31
10. Comparaison des propositions thérapeutiques en fonction du fait de penser ou non que la chirurgie est le seul traitement des POP	31
III. Discussion	32
1. Principaux résultats	32
a. Suivi gynécologique proposé par les médecins généralistes	32
b. Connaissances des participants sur les troubles périnéaux	32
c. Prise en charge médicale des POP et IU	33
d. Souhaits de formation	33
2. Comparaison avec la littérature	33
3. Points forts et limites	36
a. Le sujet	36
b. Le questionnaire	36
c. Le protocole et le taux de réponse	36
4. Propositions	37
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	44

INTRODUCTION

Les troubles pelvi-périnéaux sont des pathologies fréquentes en population générale.

Elles représentent de nombreuses pathologies fonctionnelles dont les plus fréquentes sont les incontinences urinaires ou anales (IU, IA), les prolapsus des organes pelviens (POP), les troubles de vidange (urinaire et anale), les troubles sexuels et les douleurs pelvi-périnéales chroniques.

L'étiologie de ces pathologies est souvent multifactorielle et l'association avec les différents facteurs de risque parfois incertaine. Les facteurs de risque les plus souvent identifiés sont: la grossesse et l'accouchement, l'hyperpression abdominale, les antécédents chirurgicaux, l'âge et la ménopause.

On estime que la moitié des femmes aura un trouble pelvi-périnéal au cours de sa vie.

La prévalence et la sévérité du POP augmente avec l'âge des femmes. On estime que 1 femme sur 9 devra subir une intervention chirurgicale périnéale avant 80 ans (1). Cependant, un rapport du Kaiser Permanente group indique que 29 % des opérations pratiquées pour POP nécessitent une ré-intervention. Ce taux élevé d'échec est probablement lié à une compréhension encore incomplète de la physiopathologie de ces troubles, à une atteinte complexe souvent multi-compartmentale et probablement au manque de standardisation des systèmes clinique et radiologique de cotation et/ou gradation des POP.

Concernant l'IU on estime que 15 à 50% des femmes présentent une incontinence urinaire. Ce symptôme est également présent chez les femmes enceintes avec une prévalence estimée à 40% au 3^{ème} trimestre de grossesse (2) et persistant dans ¼ des cas en post-partum (3)(4).

Les troubles pelvi-périnéaux ont un impact négatif sur la qualité de vie altérant le bien être psychique, social, émotionnel et sexuel (5). Les femmes souffrant de POP et d'IU ont une perte de confiance en elles, se sentent moins attractive physiquement et sexuellement, se sentent moins féminines et ont une altération de l'image de soit.

L'examen clinique est un élément essentiel de l'évaluation des POP et de l'IU, et l'interrogatoire, à l'aide de questionnaires de symptômes (type PFID-20 Annexe 1) et de qualité de vie (type CONTILIFE Annexe 2 ou DISTROVIE Annexe 4), représente un temps majeur de cet examen. Un examen clinique soigneux, par un praticien entraîné, évalue ensuite la présence et la sévérité de l'atteinte des différents compartiments du POP et recherche la présence d'une IU à l'effort.

Actuellement, le traitement des POP repose essentiellement sur trois méthodes : la rééducation périnéale, la mise en place de pessaire et la chirurgie ; la prise en charge de l'IU de la femme repose quant à elle sur la rééducation périnéale, certains traitements médicamenteux et la chirurgie.

Une étude prospective française publiée en juin 2020 a évalué la satisfaction et les facteurs associés à la satisfaction de patientes porteuses d'un pessaire dans le traitement d'un POP. Pour cette étude, 80 patientes ont été incluses entre décembre 2018 et mars 2019 au CHU de Caen. Le taux de satisfaction était de 78,1 % à 1 mois et 87,5 % à 6 mois. L'efficacité du pessaire était le principal avantage rapporté par les patientes à 1 mois (60 %) comme à 6 mois (59,4 %). Les seuls facteurs associés à la satisfaction des patientes étaient l'amélioration plus importante des symptômes (PFDI20 et PFIQ7 ($p < 0,05$)). En cas d'échec, les patientes étaient significativement plus jeunes et en surpoids ($p = 0,001$).

Au vu des résultats de cette étude, les auteurs concluaient qu'il devrait faire partie des traitements de première intention du prolapsus (6).

Le Dr L. PANEL (gynécologue à Montpellier) a aussi publié plusieurs travaux sur ces pathologies et leur prise en charge médicale notamment sur l'intérêt d'utilisation des pessaires.

En France, il n'y a pas d'études sur la prise en charge en médecine générale des POP. La majorité des données sur les prises en charges non chirurgicales sont issues d'études nord-américaines ou du nord de l'Europe.

En ce qui concerne l'IU, une étude publiée en 2007 dans l'Européen Journal of General Practice a cherché à décrire le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'IU dans 4 pays européens (France, Allemagne, Espagne et Royaume-Uni). Les auteurs ont retrouvé que le recours au médecin généraliste changeait en fonction de l'organisation du système de soins. Dans tous les pays, une majorité de femmes n'avait jamais évoqué ses symptômes d'IU avec un médecin. En France (comme en Espagne), l'accès aux médecins généralistes et aux gynécologues est libre et, on peut noter qu'il y a un recours quasi équivalent aux 2 spécialités pour la prise en charge de l'IU.

Le médecin généraliste joue déjà en France un rôle prépondérant dans le diagnostic et la prise en charge de l'IU et l'on peut penser qu'il en est de même pour les POP(7).

L'objectif de ce travail de thèse est donc de voir quelle est la place du médecin généraliste, dans la prise en charge des POP et de l'IU de la femme, sur le territoire de l'ex Basse-Normandie.

A. Le périnée féminin: unité fonctionnelle complexe

I. Rappels anatomiques et physiologiques

1. Définition

Le **périnée** (du latin : *perineum*, autour des voies évacuatrices) ou plancher pelvien correspond à l'ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne dans sa partie basse.

Cette structure de maintien est composée de 3 systèmes :

1- Un système de suspension constitué de **structures ligamentaires**.

2- Un système de cohésion composé de **fascia** formant une trame conjonctive.

3- Un système de **soutien musculaire**

Il supporte le poids des viscères lorsque la femme est debout, son rôle est donc de maintenir les organes pelviens dans la cavité pelvienne. Il participe également activement à la continence urinaire, notamment à l'effort et à la fonction anorectale.

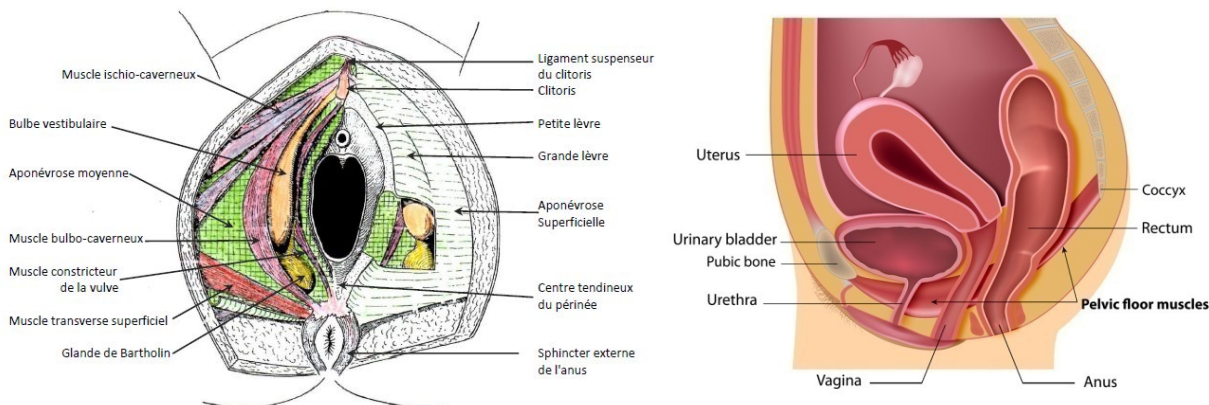


Figure 1 : Composition anatomique du périnée en position gynécologique et en coupe transversale d'après UVMaF (Université Virtuelle Maïeutique Francophone)

2. Limites anatomiques

La configuration du périnée est variable selon la position du sujet : une fente chez la femme debout, un losange à grand axe antéropostérieur chez la femme en position gynécologique.

Les sommets de ce losange sont :

- En avant, la symphyse pubienne,
- En arrière, le coccyx,
- Latéralement, les tubérosités ischiatiques.

La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux triangles:

- Le périnée antérieur ou région uro-génitale,
- Le périnée postérieur ou région anale.

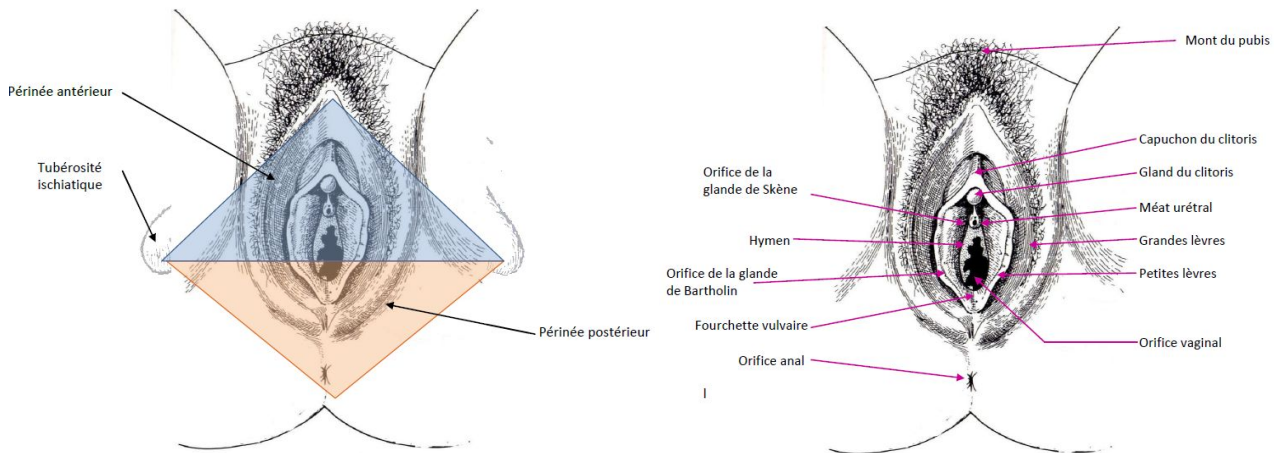


Figure2 : Limites anatomiques du périnée et anatomie du périnée en position gynécologique d'après l'UVMaF

II. Prolapsus génital

1. Définition et symptômes associés aux prolapsus

Le prolapsus génital est une hernie d'un organe pelvien à travers la muqueuse vaginale.

Il peut toucher une ou plusieurs des parois vaginales antérieures, postérieures, l'utérus ou le dôme vaginal. Il faut le distinguer du prolapsus rectal qui est une protrusion trans-anales du rectum qui peut toucher aussi bien les femmes que les hommes.

Cette hernie peut être permanente ou se produire lors des efforts, elle peut être intra-vaginale ou extériorisée et être composée d'un ou plusieurs viscères pelviens.

Les symptômes rapportés par les patientes présentant des prolapsus sont très variés (8). Le symptôme le plus spécifique du prolapsus génital est celui de la perception par la patiente d'une « boule intra-vaginale » plus ou moins extériorisée à l'effort (9)(10). Les symptômes associés au prolapsus amenant à consulter sont multiples : urinaires (incontinence, hyperactivité vésicale, dysurie), digestifs et ano-rectaux (dyschésie, incontinence anale), gynécologiques et génito-sexuels (dyspareunie, métrorragies), mais également parfois des douleurs pelviennes ou périnéales. Aucun n'est spécifique d'un grade ou d'un type de prolapsus(11).

2. Echelles de classification des prolapsus

Plusieurs classifications sont utilisées actuellement pour évaluer la sévérité d'un prolapsus génital :

Une classification créée par Baden et Walker : (12) le prolapsus est alors évalué en décubitus dorsal, en position gynécologique, lors d'une manœuvre de Valsalva et défini par rapport à l'hymen qui est le point de référence. La classification concerne les quatre étages pelviens : cystocèle, hystéroptose (ou prolapsus du dôme vaginal après hystérectomie), élytrocèle et rectocèle :

– grade 0 : position normale de l'étage étudié ;

- grade 1 : descente de l'étage à mi-chemin entre sa position normale et l'hymen ;
- grade 2 : descente de l'étage jusqu'au niveau de l'hymen;
- grade 3 : extériorisation de l'étage au-delà de l'hymen;
- grade 4 : extériorisation maximale ou éversion.

La classification POP-Q : proposée par l'ICS en 1996 (13). Elle est validée pour les études avec une bonne concordance inter-examineurs (kappa 0,65) et intra-examineurs (kappa 0,62).

L'examen peut être réalisé chez une patiente en décubitus dorsal en position gynécologique, debout ou en lithotomie (la position devra être notée). Il nécessite un spéculum dont les deux valves sont désolidarisées afin de refouler la paroi vaginale opposée(10).

Les neuf mesures sont effectuées par rapport à la ligne hyménéale. Il consiste à mesurer au repos la longueur vaginale total (TVL), le diamètre du hiatus génital (gh) et la distance ano-vulvaire (pb). Les six autres mesures sont réalisées en poussée maximale (manœuvre de Valsalva) avec des valeurs négatives si le point reste en dedans de l'hymen et des valeurs positives si le point est en dehors de l'hymen.

Le point Aa correspond à la jonction uréthro-vésicale, il est repéré au repos à 3 cm du méat urétral. Il permet d'évaluer l'hypermobilité urétrale. Il varie de -3 à +3 cm.

Le point Ba correspond au sommet de la paroi vaginale antérieure. Il varie de -3 cm à +TVL.

Le point C correspond au col vésical, le point D au cul-de-sac vaginal postérieur.

Le point Ap est situé à la partie basse de la paroi vaginale postérieure.

La distance Bp correspond au sommet de la paroi vaginale postérieure.

Ainsi, ce score permet de définir 5 stades :

- stade 0 : absence de prolapsus, tous les points sont à plus de 3 cm au-dessus de l'hymen ;
- stade I : le point le plus bas du prolapsus reste à 1 cm au-dessus de l'hymen ;
- stade II : le point le plus bas situé se situe entre + 1 cm et – 1 cm de part et d'autre de l'hymen ;
- stade III : le point le plus bas situé est situé à plus de 1 cm sous l'hymen, mais la longueur de l'extériorisation reste au moins inférieure de 2 cm par rapport à la longueur vaginale totale ;
- stade IV : tout point au-delà du stade III, le retournement complet vaginal; la longueur de l'extériorisation vaginale correspond à l'ensemble de la longueur vaginale.

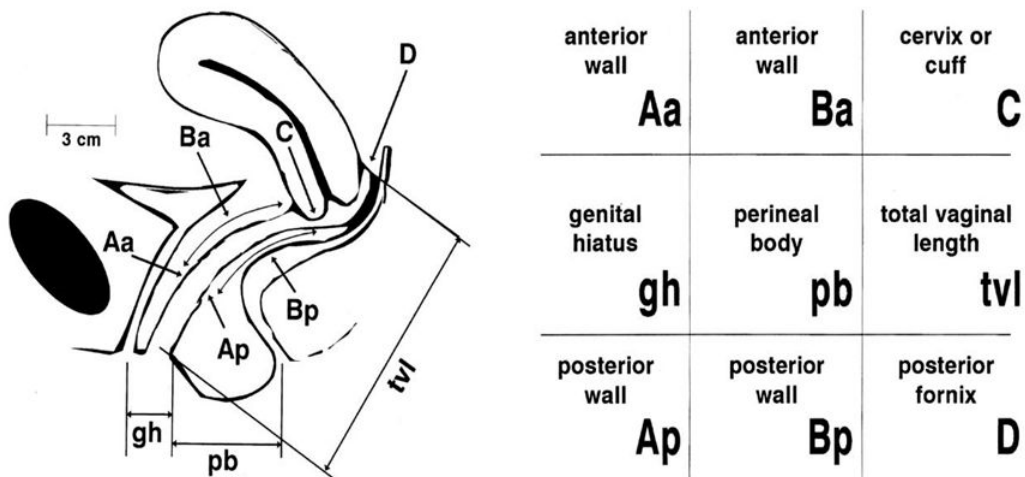


Figure 3 : Classification POP-Q. Les points sont repérés au repos et leur mobilité évaluée par rapport au plan hyménéal(13).

Intérêt des classifications

Les classifications permettent d’apporter une homogénéisation des pratiques. Elles sont intéressantes si elles ont une bonne reproductibilité inter et intra-observateur. Si la classification de Baden-Walker est la classification la plus simple et la plus utilisée en pratique courante, la classification POP-Q est la seule dont la reproductibilité a été évaluée. Hall et al. ont étudié la reproductibilité du POP-Q parmi 48 femmes d’âge moyen 61 ans. Les corrélations inter et intra-observateurs des différents points variaient entre 0,49 et 0,91(14). Une stadification simplifiée, utilisant seulement 4 points, peut être utilisée, avec une bonne reproductibilité et une bonne corrélation avec la stadification POP-Q complète (15).

3.Epidémiologie

Il existe une grande variabilité dans les chiffres de prévalence du POP dans la littérature. Cette hétérogénéité s’explique par le fait que les outils utilisés sont très variables selon les études ; certains auteurs utilisant l’examen clinique, d’autres les symptômes rapportés par les patientes.

Anciennement les critères diagnostiques étaient uniquement anatomiques et n’intégraient pas la gêne fonctionnelle ressentie par la patiente. Or, cette gêne fonctionnelle n’est pas directement corrélée à l’importance de la ptose.

Pour une évaluation complète du POP, la classification POP-Q constitue la référence pour la gradation anatomique et elle doit être couplée aux scores de symptômes et de qualité de vie.

Prévalence générale :

Sur des données de l’interrogatoire entre 2,9 et 11,4% des femmes décrivent des symptômes de POP, alors que 31,8 à 97,7% des femmes ont un prolapsus clinique selon que l’on utilise la classification de Baden ou la classification POP-Q respectivement(16). Il découle de ces chiffres les notions de prolapsus symptomatique ou non, ce qui modifie la prise en charge.

Prévalence selon les stades :

Dans son étude observationnelle à propos de 497 femmes, d'âge moyen 44 ans, se basant sur la classification anatomique POP-Q, Swift et al. ont montré une prévalence de 6% de stade 0, 40% de stade 1, 48% de stade 2 et 5% de stade 3, il n'y avait pas de stade 4 retrouvé dans cette population(17).

Tableau 1 : Prévalence selon les stades d'après Swift et al.(15).

<i>Age (y)</i>	<i>Stage 0</i>	<i>Stage 1</i>	<i>Stage 2</i>	<i>Stage 3</i>
18-29 (n = 66)	22.7%	50.0%	27.3%	—
30-39 (n = 116)	6.9%	50.9%	41.4%	0.9%
40-49 (n = 154)	2.6%	44.2%	51.9%	1.3%
50-59 (n = 95)	3.2%	38.9%	55.8%	2.1%
60-69 (n = 47)	4.3%	27.7%	59.6%	8.5%
≥70 (n = 19)	—	26.3%	52.6%	21.1%

Total : 6.62 % 39.6 % 48.1% 5.65%

Prévalence selon les étages :

L'étude des compartiments des POP montre une que l'étage antérieur (cystocèle) est plus fréquemment touché que l'étage postérieur (rectocèle), lui-même plus touché que l'étage moyen (hystéro-cèle). Dans l'étude de Handa et al. Il a été retrouvé 24,6% de cystocèle, 12,9% de rectocèle et 3,8% d'hystéro-cèle(18). L'étude de Dietz et al. fait les mêmes conclusions avec 71% de cystocèle, 65% de rectocèle et 23% d'hystéro-cèle(19).

Tableau 2: Taux de prévalence selon les stades et l'étage dans les études de Handa et al. (18), et de Dietz(19).

Auteur	N	Age	Compartiment	Stade 1	Stade2	Stade3	Total	Incidence annuelle moyenne (cas pour 100 femme-année)
Handa et al. (18)	412	50-79 moy 54.9	Cystocèle	14,4	9,5	0,7	24,6	9,3
			Rectocèle	7,8	5,1		12,9	5,7
			Hystéro-cèle	3,3	0,6		3,8	1,5
Dietz et al. (19)	954	17-90 moy 54	Cystocèle	32	23	16	71	
			Rectocèle	34	26	5	65	
			hystéro-cèle	15	5	3	23	

Prévalence selon l'âge :

Le prolapsus peut toucher les femmes de tout âge. Cependant la prévalence augmente avec l'âge jusqu'à 60 ans puis semble rester stable. Swift trouve une aggravation progressive des POP avec le vieillissement, qui se traduit par une diminution significative des stades I au dépend des stades II et III (17).

Incidence :

L'étude Handa a suivi la progression des prolapsus sur 2 à 8 ans, les femmes incluses dans la cohorte de la Women's Health Initiative, de l'Université de Californie Davis, ont subi des examens pelviens annuels, avec une évaluation du prolapsus utérin, de la cystocèle et de la rectocèle.

Les résultats de ces examens ont été utilisés pour décrire l'incidence du POP, la probabilité de progression ou de régression et les facteurs de risque associés. Au départ, 31,8% des femmes avaient un POP (n = 412 femmes).

Les incidences annuelles de cystocèle, rectocèle et prolapsus utérin étaient respectivement de 9,3, 5,7 et 1,5 cas pour 100 femmes-années(18).

III. Incontinence urinaire

1. Définition physiopathologique et symptômes

L'ICS a défini l'incontinence comme toute plainte de perte involontaire d'urines(20).

Il existe trois grands types d'IU chez la femme qui diffèrent selon le mécanisme et les circonstances de survenue des fuites, leur sévérité, leur fréquence, les facteurs favorisants, les éventuelles mesures d'évitement : l'IU à l'effort (IUE), l'IU par urgenturies (IUU) et l'IU mixte (IUM) associant fuites à l'effort et des urgenturies.

L'IUE est définie par une fuite non précédée d'une sensation de besoin d'uriner, survenant à l'occasion d'un effort physique, de la toux ou d'éternuements. La physiopathologie de l'IUE est multifactorielle.

L'IUU est caractérisée par une perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent et irrépressible d'uriner aboutissant à une miction qui ne peut être contrôlée. Elle peut s'intégrer dans un syndrome d'hyperactivité vésicale associant nycturies, pollakiurie et urgenturie.

2. Epidémiologie

Tout comme les prolapsus, les chiffres épidémiologiques varient considérablement d'une étude à l'autre. En fonction du type d'étude, de la définition retenue de l'IU et, de la population étudiée (ethnie, âge...).

Si l'on considère cette définition sur 12 mois la prévalence varie entre 25 et 45%. Ce taux diminue à 5-15% si l'on considère les fuites quotidiennes dans les populations de femmes au milieu de la vie ou âgées (21).

Une enquête réalisée par l'INSERM en 2007 chez les femmes vues en consultation de médecine générale en France métropolitaine retrouvait :

- Une prévalence d'IU de 26,6 % (dont la forme la plus fréquente était l'IUE) chez les 2183 femmes vues par les généralistes (âge moyen = 54 ans, IMC = 25,3 kg/m², parité = 1,9) ; la prévalence augmentait avec l'âge, la parité et l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

- Parmi les 496 femmes souffrant d'IU, 46,8 % avaient des fuites pendant l'activité physique ; la gêne moyenne était de 4 sur 10 ; le score ICIQ a une valeur médiane de 8 sur 21 ; le score CONTILIFE a une

valeur médiane de 9 sur 35 pour les activités de la vie quotidienne, et une valeur médiane de 1 sur 15 pour la dimension « sexualité ». Trente neuf pourcent ont consulté un médecin pour leur IU et 48 % portent tous les jours des protections.

- Il semblerait que seules les femmes les plus touchées consultaient alors qu'un traitement précoce contribuerait à récupérer la continence (22).

Prévalence selon l'âge :

La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge, mais pas de façon linéaire. Il existerait une augmentation jusqu'à 50 ans pour atteindre 30%, puis une stabilisation de la prévalence qui ré-augmenterait après 70 ans(21).

Le rôle direct de la ménopause reste controversé. Plusieurs études semblent rapporter un effet neutre ou bénéfique de la ménopause naturelle (sans hormonothérapie substitutive) (21). Cette influence semble varier selon le type d'IU, la prévalence de l'IUE diminuant à l'inverse de celle de l'IUM.

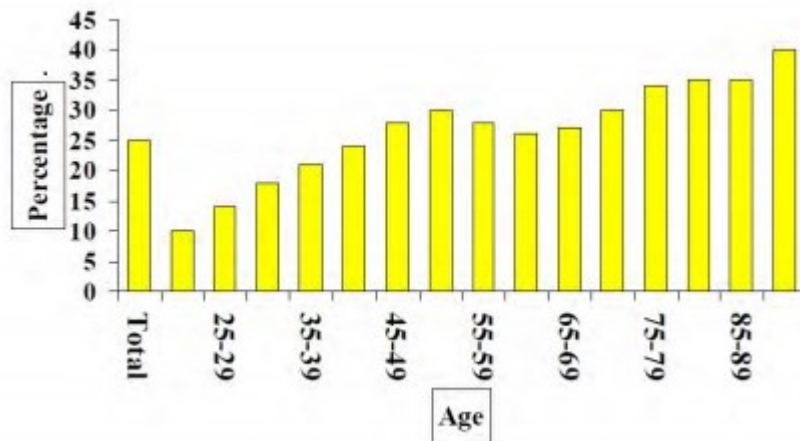


Figure 4 : Prévalence de l'IU chez les femmes de plus de 20 ans selon l'étude EPICONT(23).

Prévalence selon le type d'incontinence :

De même que la prévalence varie selon l'âge, elle varie aussi en fonction du type d'IU considérée (IUE, IUU ou IUM). La prévalence de l'IUE est plus importante chez la femme jeune alors que chez la femme plus âgée, la prévalence de l'IU mixte est plus importante.

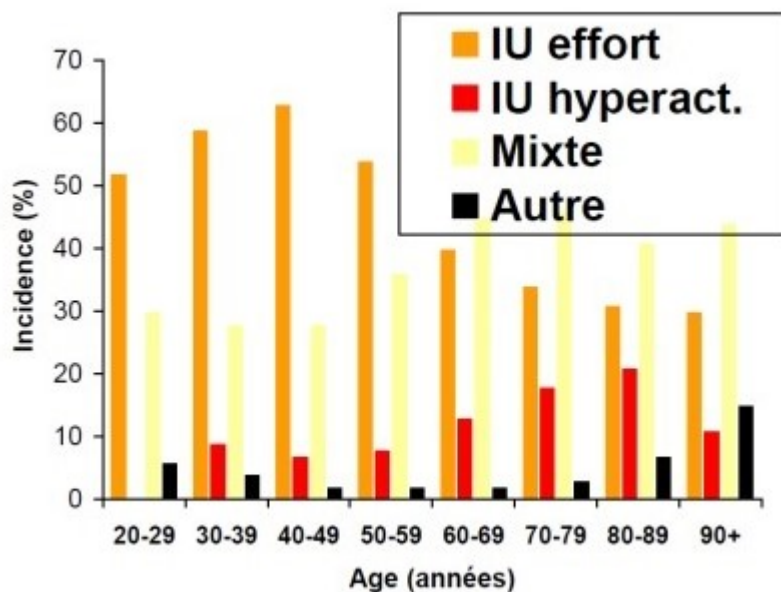


Figure 5 : Prévalence des différents types d'IU chez les femmes de plus de 20 ans selon l'étude EPI-CONT(23).

3. Physiopathologie de l'incontinence urinaire

Deux grands mécanismes physiopathologiques sont à l'origine de l'IUE de la femme : la perte du système de support anatomique du col vésical et de l'urètre (hypermobilité cervico-urétrale) (24) et l'altération du système sphinctérien urétral(25).

L'IUU peut être due à un obstacle mictionnel, une pathologie neurologique ou entraver, ce qui est le plus souvent le cas, dans le cadre d'une hyperactivité vésicale idiopathique. Il faut suspecter une origine neurogène lorsque s'y associent une dysurie, des troubles ano-rectaux ou génito-sexuels, une apparition récente et des troubles sensitivomoteurs.

Des antécédents d'énurésie de troubles mictionnels à type d'urgentes datant de l'enfance, et l'absence de troubles ano-rectaux orientent plutôt vers une origine idiopathique (immaturité vésicale).

Des fuites permanentes, non ressenties, non précédées de besoin et non liées à l'effort doivent faire rechercher un abouchement ectopique de l'urètre, une fistule vésico-vaginale ou uréthro-vaginale en présence d'antécédents de type : accouchement difficile, chirurgie ou radiothérapie.

IV. Facteurs de risque de trouble de la statique pelvienne

Les troubles de la statique pelvienne sont des pathologies multifactorielles. Bump a proposé un modèle physiopathologique intégrant les différents facteurs et leurs interactions complexes dont découle la statique pelvienne(26).

Bump distingue les facteurs favorisant constitutionnels, les facteurs « incitatifs » non évitables des facteurs « promoteurs » sur lesquels peuvent être concentrés la prévention. Les facteurs constitutionnels et les facteurs acquis permettent de cibler les patientes pouvant bénéficier de cette prévention.

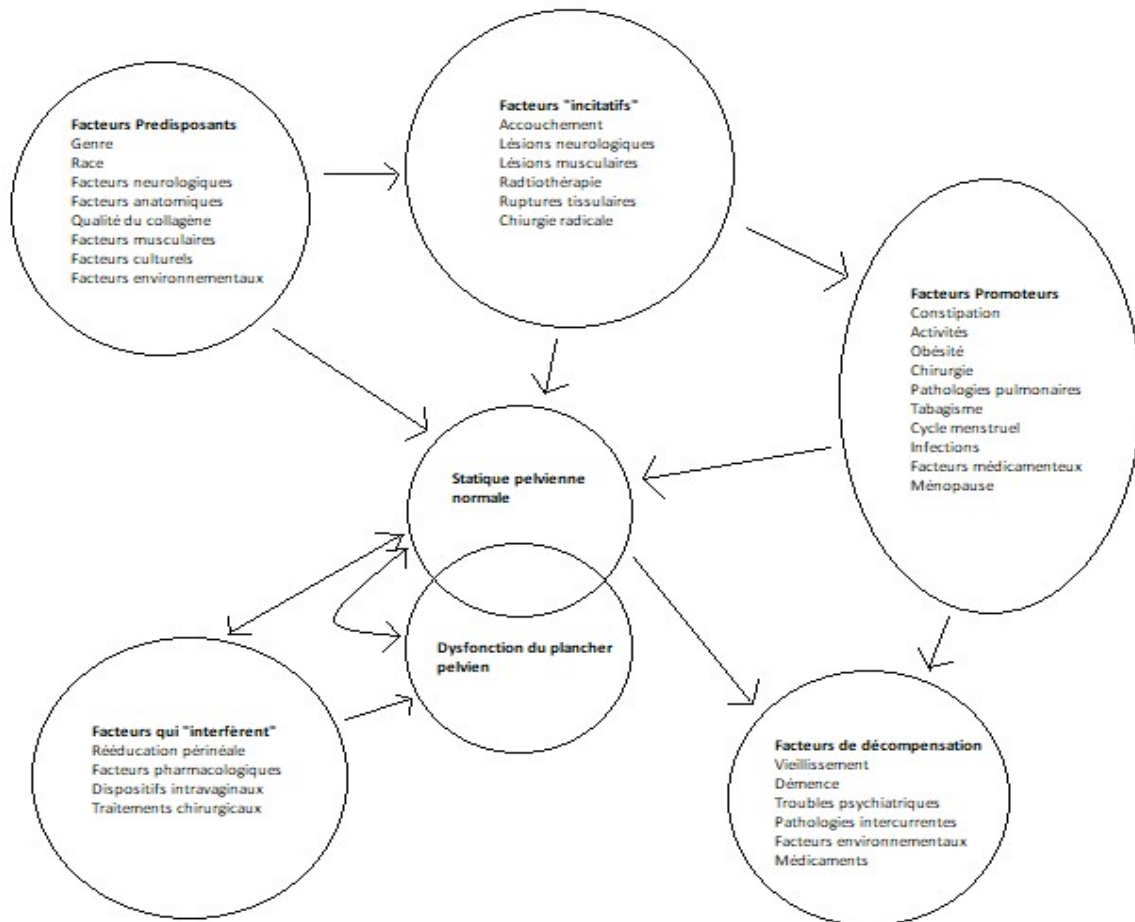


Figure 6 : Modèle de BUMP(26).

1. Facteurs prédisposants

La qualité du collagène semble être un élément important dans la survenue des prolapsus suggéré notamment par la survenue de prolapsus chez les jeunes femmes nullipares. Plusieurs études ont montré des relations entre prolapsus génital et l'hyperlaxité ligamentaire, pathologie herniaire et maladie telles que syndrome de Marfan ou maladie d'Ehlers-Danlos(21).

Les femmes blanches non hispaniques ont un risque majoré d'IU par rapport aux femmes noires ou asiatiques, indépendamment des autres facteurs de risque(21),(27). Certaines études aux USA suggèrent une prédisposition raciale à l'IU et ont montré un risque minoré d'IU chez les Noires et majoré chez les Asiatiques en comparaison aux Caucasiennes. Mais ces résultats sont controversés(21)(26)(27).

2. Facteurs acquis

a. Prolapsus

Les facteurs de risque principaux des prolapsus sont ceux entraînant une hyperpression abdominale chronique ainsi que les traumatismes périnéaux.

Les efforts physiques réguliers dans le cadre professionnels, les activités physiques ou domestiques sont des facteurs retrouvés comme associés à la survenue de prolapsus(8).

Le tabagisme est souvent cité comme facteur de risque de prolapsus, mais plusieurs études ont montré qu'il n'y avait pas d'association avec les POP(21). S'il n'est pas associé significativement au risque de survenue d'un POP (28), il constitue un facteur de risque de complications post-opératoires. Il conviendra de conseiller un arrêt de tabac en cas de prise en charge, notamment chirurgicale(11).

Une étude réalisée avant et après chirurgie de POP a conclu qu'il serait plus bénéfique en postopératoire de lutte contre la constipation et la toux chronique que de restreindre les activités physiques modérées(29).

Plusieurs études ont suggéré une corrélation entre constipation et POP(21). La prévalence globale de la constipation et des symptômes associés au POP se situe entre 20 et 53% selon la définition des troubles(30)(31)(32). La plupart des études ayant étudié l'association entre des troubles et le POP sont des études transversales et il existe peu de données longitudinales permettant de mettre en évidence une relation de cause à effet entre les deux.

Les données concernant l'obésité sont contradictoires, mais c'est un facteur favorisant l'augmentation des pressions abdominales, on peut donc penser qu'il participe. Le tour de taille a été associé à un prolapsus incident dans certaines études(18). L'étude de Lawrence et al., à propos de 4103 femmes âgées de 56,5 ans en moyenne, retrouve une augmentation significative de la prévalence du POP chez les femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 Kg/m² (OR = 1,42 (IC95 % 1,06-1,91) en analyse multivariée)(33).

Certaines études ont montré que le risque de prolapsus augmentait avec la parité. L'étude de Markland et al. a retrouvé que: les symptômes liés aux prolapsus sont rapportés chez 2,5% des primipares, 3,7% après 2 accouchements et 3,8% après 3 ou plus(4). Une étude sur 578 femmes a montré qu'il existait une association entre le mode d'accouchement et la survenue d'un POP, les Odds Ratio ajustés étaient de 2,4 (IC95% : 1,301-4,590) et de 3,20 (IC95% : 1,651-6,121) dans les groupes accouchement voie basse simple et le groupe accouchement voie basse avec forceps par rapport au groupe césarienne(34). Une étude chez les femmes suédoises, 20 ans après leur accouchement, a trouvé que les POP symptomatiques augmentaient de 3% par augmentation de 100gr de poids du nourrisson avec un OR 1,03 (IC95% 1,02-1,05). Les mères de moins de 160cm ayant accouché d'un nourrisson de plus de 4000gr voyaient leur risque de POP doubler par rapport à celle ayant accouché d'un nourrisson de moins de 4000gr (prévalence de 24.2% contre 13,4% avec un OR 2,06 (IC95% 1,19-3,55))(35). Cependant le rôle protecteur de la césarienne prophylactique n'est pas établi (36).

L'hystérectomie est un facteur de risque de prolapsus surtout lorsqu'elle a été réalisée pour cure de prolapsus. L'étude longitudinale de Mant et al., portant sur une cohorte de 17 032 femmes dont 2233 ayant subi une hystérectomie, l'incidence moyenne des prolapsus était de 3,6 pour 1000 femmes par an (2,7-4,6) après une hystérectomie contre 2,04 pour 1000 dans la cohorte entière(37).

Plusieurs facteurs sont aussi associés à une augmentation du grade du prolapsus comme l'âge, la parité, la ménopause, l'hystérectomie ou une cure chirurgicale de prolapsus(16).

b. Incontinence urinaire

La grossesse, la parité et l'accouchement sont des facteurs de risques classiques d'IU. Plusieurs études sur la prévalence convergent pour associer IUE et accouchement par voie basse. La prévalence de l'IU augmente avec la parité passant de 10% après un accouchement à 24% après 3 accouchements ou plus(4). La force de l'association entre la grossesse et l'accouchement voie basse et la survenue d'une IU au cours de la vie semble diminuer avec l'âge (38)(39)(40).

La ménopause étant intimement lié au facteur âge, il est difficile de distinguer la part de l'un ou de l'autre dans la survenue de l'IU. Les symptômes urinaires classiquement attribués à la ménopause pourraient être plus directement corrélés à l'âge. Certaines études sont en faveur d'un effet neutre ou protecteur de la ménopause naturelle(21).

Les THM par voie générale augmenteraient le risque par 2 d'IUE au bout d'un an de traitement et plus modérément l'IUU et l'IUM(41). Alors que l'application locale d'œstrogènes semble améliorer les symptômes d'incontinence urinaire, probablement en améliorant la trophicité des muqueuses vaginales et urétrales. Il n'y a pas de preuves suffisantes sur la période post-traitement aux œstrogènes locaux ni sur les effets à long terme.

Le tabac, après correction sur les troubles respiratoires (dyspnée et toux chronique) est un facteur de risque d'incontinence urinaire même après l'arrêt (pour les patientes ayant fumé >15PA)(23).

Certaines études ont montré que le diabète de type 2 était associé à une augmentation du risque d'IU y compris après ajustement sur les principaux facteurs de risque. La puissance de l'association diabète de type 2 et IU augmente après 5 ans d'évolution. Le diabète de type 2 semble également être associé à une augmentation de la sévérité de l'IU(42).

L'obésité constituerait un des principaux facteurs de risque modifiables d'IU. La prévalence de l'IU augmente significativement avec l'IMC, comme l'ont montré Mommsen et al. dans une enquête réalisée en 1994 chez 2589 femmes de 30 à 59 ans. L'IMC était associé significativement à l'IU avec un OR de 1,07 par unité d'IMC avec un $p < 0,0001$. Dans une autre étude, Subak et al. ont suivi 2458 personnes (dont 1565 femmes) après chirurgie bariatrique. Dans cette population, l'IMC médian initial était de 46 kg/m^2 et la prévalence initiale de l'IU chez les femmes étaient de 49,3% (IC 95% [46,9% - 51,9%]). Après une perte de poids moyenne à 1 an de 29,5% (IC95% [29% - 31%]), la prévalence de l'IU était passée à 18,3% (IC95% [16,4% - 20,4%], $p < 0,001$) et à 3 ans à 12,2% (IC95% [9% - 16,4%], $p < 0,01$)(43).

Comme décrit par Wing *et al.*, une perte de poids de 5 à 10% suffit à réduire significativement les épisodes d'IU. On pourrait penser que plus la perte de poids est importante plus la réduction des épisodes d'IU l'est, mais cette étude ne montre pas d'amélioration supplémentaire pour des pertes de poids de plus de 10%(44). Une perte de poids entre 5 et 10% semble donc être un traitement efficace de l'IU chez les femmes et pourrait faire partie de la prise en charge de première intention.

Les résultats des études concernant le risque lié à l'hystérectomie sont contradictoires : une étude observationnelle sur 30 ans a enregistré un risque plus élevé de chirurgie pour de l'IU chez les

femmes hystérectomisées. Ce risque est plus élevé dans les 5 premières années suivant l'hystérectomie et plus faible après 10 ans (21).

Certaines ont également retrouvé une association forte entre la prévalence de l'IU et la démence chez les femmes âgées (21). D'autres études ont mis en évidence une association entre IU et dépression(21).

V.Traitements des prolapsus et de l'incontinence urinaire

1.Prévention et règles hygiéno-diététiques

La prévention fait partie intégrante de la prise en charge des pathologies pelvi-périnéales. La prévention permet de limiter le risque de survenue d'IU ou d'un prolapsus en jouant sur les « facteurs promoteurs » décrits par Bump.

Le but est de limiter les conditions augmentant les pressions intra-abdominales : lutter contre la constipation, la toux chronique (asthme, BPCO, tabagisme), obésité ou activité physique inadaptée.

Les apports hydriques doivent être évalués. Il est nécessaire d'avoir un apport hydrique quotidien suffisant tout au long de la journée et éventuellement limité en fin de journée et la nuit afin de limiter les symptômes nocturnes. Il est fréquemment retrouvé dans les guides-lines d'éviter ou limiter les boissons pouvant être irritantes pour la vessie (café, thé, boisson gazeuses), même si aucune preuve d'association entre consommation de café/caféine et IU n'est retrouvée à ce jour(45).

L'hygiène mictionnelle est importante. La vessie est un muscle et peut s'entraîner. Les preuves de l'efficacité de l'entraînement vésical sont limitées mais encourageantes et nécessite plus d'études(46). Le calendrier mictionnel est une méthode permettant de quantifier les symptômes (Annexe 3). Des incohérences entre les symptômes mentionnés et la réalité peuvent ainsi être montrés.

2.La rééducation périnéale

La rééducation périnéale permet de comprendre et connaître le plancher pelvien et ses muscles, et ainsi de mieux les contrôler.

La rééducation périnéale a plusieurs objectifs :

- Elle vise à dépister les facteurs de risque et modifier les mauvaises habitudes du quotidien, comme des schémas mictionnels inadaptés.
- Elle comprend un entraînement des muscles du plancher pelvien (MPP) c'est-à-dire : l'apprentissage de la contraction volontaire sélective répétitive et de la relaxation de muscles spécifiques du plancher pelvien.
- Elle intègre également un travail dans les situations favorisant les fuites et un travail sur la posture.

Différentes techniques peuvent être utilisées en rééducation comme le travail manuel, le biofeedback, l'électrostimulation, les techniques de stabilisation lombo-pelviennes.

Les exercices appris avec le kinésithérapeute ou la sage-femme doivent être répétés quotidiennement, afin que la patiente les reproduise dans les situations quotidiennes.

L'entraînement des MPP permet de prévenir les épisodes d'IUE grâce au verrouillage périnéal avant l'effort. Elle est aussi efficace dans les IU par urgenteries : en effet des contractions volontaires du périnée permettent d'inhiber les contractions du détrusor (il s'agit du réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur). En apprenant aux patientes à réagir différemment lors des sensations d'urgences, on limite les fuites urinaires (se poser et se détendre au lieu de courir aux toilettes par exemple). Une étude contrôlée analysée en intention de traiter montre une diminution des épisodes d'urgences urinaires de 59,6 et 69,4% (47).

Dans la prise en charge des prolapsus la rééducation périnéale permet d'améliorer le support périnéal et de protéger le plancher pelvien en cas d'augmentation des pressions abdominales. Elle permet l'amélioration des symptômes de prolapsus, sa sévérité et la qualité de vie associée au prolapsus (48).

3. Les pessaires

Les pessaires étaient historiquement réservés aux femmes n'ayant pas accès à la chirurgie. Les indications semblent s'étendre et ils sont parfois proposés comme alternative à la chirurgie.

Une méta-analyse nord-américaine publiée en 2011, ayant retenu 10 articles sur 41, a montré 85% un succès de pose de pessaire de 85% et, entre 50 et 80% de poursuite d'utilisation à 4 mois et à 1 an. Sur 2 études, elle montrait aussi que 70 à 92% des femmes étaient satisfaites. Les bénéfices constatés par les patientes étaient l'amélioration de la pesanteur, de la pollakiurie, des urgenteries et de leurs relations sexuelles. Les points négatifs étaient l'augmentation des leucorrhées, des odeurs, des douleurs, et 56% rapportaient une constipation. Chez les femmes avec POP de stade II ou supérieur, subissant une intervention chirurgicale, les symptômes de prolapsus étaient moins sévères que chez celles qui étaient traitées avec un pessaire, mais 72% des femmes traitées avec un pessaire n'avaient pas opté pour la chirurgie par la suite (49).

Une étude de 2010 a comparé l'utilisation de pessaire au traitement comportemental dans l'incontinence urinaire d'effort. Après 3 mois, les patientes ayant eu un traitement comportemental étaient plus satisfaites du résultat (75% dans le groupe comportemental vs 63% dans le groupe pessaire $P=0,02$ et avaient moins d'incontinence urinaire (49% dans le groupe incontinence vs 33% dans le groupe pessaire $P=0,006$) (50).

Plus récemment, une étude menée entre 2018 et 2019 au CHU de CAEN, sur 80 patientes présentant un POP symptomatique, a montré un taux de satisfaction de 78,7% à 1 mois et 87,5% à 6 mois. L'efficacité du pessaire était le principal avantage rapporté par les patientes à 1 mois (60%) et à 6 mois (59,4%). Les seuls facteurs associés à la satisfaction des patientes étaient l'amélioration plus importante des symptômes (PFDI20 et PFIQ7 ($p<0,05$)). En cas d'échec, les patientes étaient significativement plus jeunes et en surpoids ($p=0,001$).

4. Traitements médicamenteux

a. Prolapsus

Il n'existe aucune prise en charge médicamenteuse des prolapsus.

b. Incontinence urinaire d'effort

Plusieurs traitements médicamenteux ont été essayés dans l'IUE pour renforcer la résistance et la force du sphincter urétral mais aucun n'a montré de balance bénéfice-risque favorable dans cette indication pour le moment (notamment les IRSNa, tel que la Duloxétine)(51).

Seuls les traitements hormonaux locaux peuvent être proposés, avec un niveau de preuve faible et des risques d'effets indésirables par passage systémique. Ils peuvent être proposés s'il existe une atrophie vulvo-vaginale pouvant participer aux troubles.

c. Incontinence urinaire par urgenturie

En cas d'IUU, outre le traitement d'une éventuelle atrophie vulvo-vaginale par carence oestrogénique, certains traitements médicamenteux oraux peuvent être proposés après échec ou impossibilité d'un traitement comportemental et/ou d'une rééducation.

Les agents disponibles et autorisés dans cette indication comprennent: les anticholinergiques, les bêta-adrénergiques, la desmopressine, la toxine botulique A et l'hormonothérapie.

Hors du cadre d'autorisation de mise sur le marché figurent d'autres molécules, d'utilisation détournée de leur indication princeps : la duloxétine (un antidépresseur) et les IPDE5 (traitement des troubles de l'érection).

-Les anticholinergiques

Ce sont des antagonistes des récepteurs muscariniques. Ils inhibent l'excitation des récepteurs muscariniques à l'acétylcholine (M2, M3) dans le détrusor, ce qui se traduit sur le plan clinique par une diminution de l'urgenturie, de la pollakiurie et de l'incontinence urinaire. Sur le plan urodynamique, il s'ensuit une augmentation de la capacité et de la complaisance vésicale ainsi qu'une diminution de la pression urétrale maximale et du résidu post-mictionnel.

Ils sont prescrits en première intention après élimination d'une infection urinaire et d'une rétention urinaire et en l'absence de contre-indications (dont l'association avec les anticholinestérasiques (anti-Alzheimer))(52).

Cinq anticholinergiques ont l'AMM en France : le chlorhydrate d'oxybutinine, le chlorure de trospium, la tolterodine, la solifenacine et la fesoterodine.

Une méta-analyse Cochrane sur plus de 60 études de niveau de preuve 1 ou 2 montrait l'intérêt thérapeutique des anticholinergiques. Elle montrait une efficacité en fin de traitement chez près de 60% des patients neurologiques ou non, avec une diminution du nombre de miction (-1,59/j et -0,24/nuit), une diminution du nombre de fuites toute cause (-0,7/j), une diminution du nombre de fuites sur urgenturies (-2,25/j), une diminution des urgenturies (-0,9/j), et une amélioration de l'impression globale des patients, et de leur qualité de vie.

-Les bêta-3 agonistes

Le bêta-3 agoniste utile, selon les recommandations de l'EAU (European association of urology) 2015, est le mirabégon.

C'est un agoniste sélectif des récepteurs bêta 3-adrénergiques, il induit un relâchement du détroter, ce qui permet d'augmenter les volumes mictionnels moyens, et de diminuer la fréquence des mictions.

Ila l'AMM européenne depuis 2012, et en France depuis 2014, dans les symptômes d'hyperactivité vésicale. L'HAS a remboursé ce traitement jugeant le service médical rendu insuffisant en 2018, devant un rapport bénéfices / effets secondaires mal établi.

Trois études de phase III ont en effet montré une efficacité modeste versus placebo du mirabégron. Le mirabégron permettait de diminuer le nombre de fuites toute cause (-0,55/J), le nombre de mictions quotidiennes (-0,4/j), le nombre de fuites par urgenteries (-0,4/j), ainsi que le nombre d'urgenteries (- 0,6/J).

-La desmopressine

La desmopressine est un analogue de l'hormone antidiurétique (ADH), elle favorise la réabsorption d'eau libre et entraîne une diminution de la diurèse dès 15 à 30 minutes après la prise, avec un effet maximal 2 à 3 heures après la prise.

Elle a l'AMM en France pour l'énerésie de l'enfant de plus de 6 ans et est utilisée chez l'adulte dans le traitement de la nycturie (réveil nocturne par l'envie d'uriner, précédé et suivi de sommeil) et de l'incontinence urinaire nocturne secondaire à une polyurie nocturne (volume uriné > 20-33% de la diurèse des 24h).

Son efficacité a été démontrée sur la nycturie avec ou sans polyurie nocturne. Elle peut être associée aux anticholinergiques.

Les effets indésirables les plus fréquents sont les maux de tête, diarrhées, nausées, douleurs abdominales, malaises, sensation de bouche sèche et le risque d'hyponatrémie (particulièrement après 65 ans).

Elle est déconseillée s'il existe une insuffisance cardiaque, rénale ou un traitement par diurétiques : selon les recommandations de l'EAU 2012 (53).

-L'hormonothérapie

L'action des œstrogènes sur l'hyperactivité vésicale reposerait sur une amélioration de la vascularisation, de la densité des récepteurs alpha-adrénergiques et cholinergiques vésicaux, l'amélioration de la contractilité vésicale, une diminution de la réponse inflammatoire et une amélioration de la neurotransmission afférente du réflexe mictionnel (54).

Une revue Cochrane de 2012 montrait que l'hormonothérapie locale entraînait une amélioration de l'incontinence urinaire d'effort et des urgenteries de la femme ménopausée (55). Il était rapporté un effet délétère sur la continence de l'hormonothérapie par voie systémique.

Ces traitements sont recommandés par l'AFU pour l'incontinence urinaire d'effort ou sur urgenterie de la femme. Les modalités optimales de traitement (durée, posologie, crème ou ovules) ne sont pas précisées.

Les traitements hormonaux systémiques sont contre-indiqués chez les femmes ayant des antécédents de cancer du sein et les traitements hormonaux locaux imposent une prudence et un aval du gynécologue.

-La toxine botulique A

Il s'agit de l'endotoxine produite par la bactérie *Clostridium Botulinum* qui s'oppose à la contraction du détrusor en inhibant la libération d'acétylcholine. Elle a un effet mixte, car impacte également sur les afférences et l'urothélium.

Le traitement se fait par voie cystoscopique, en ambulatoire, il est pratiqué 10 à 30 injections dans le détrusor, sous anesthésie locale ou courte sédation.

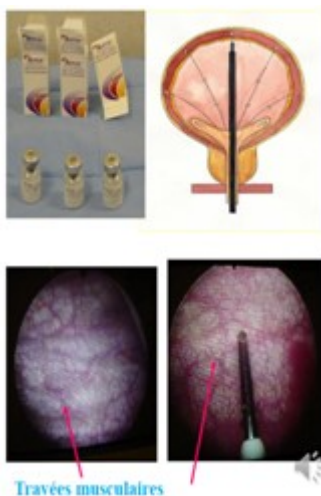


Figure 7 : Injection de toxine botulique sous cystoscopie dans le détrusor.

L'AMM date de 2014 pour le traitement des patients avec hyperactivité vésicale idiopathique c'est-à-dire chez les patientes ayant au moins 3 épisodes d'IUU sur 3 jours et au moins 8 mictions/jour et ne répondant pas de manière adéquate aux anticholinergiques (après 3 mois de traitement) et à une kinésithérapie bien conduite ou intolérants aux traitements anticholinergiques.

Elle est également utilisée dans la prise en charge de l'hyperactivité vésicale d'origine neurologique (pathologies dégénératives ou traumatiques).

5. Stimulation du nerf tibial postérieur

C'est une des options thérapeutiques du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale qui peut être utilisé en première intention devant le faible profil d'effets secondaires possibles (saignements, douleurs modérées et inflammation au niveau du site de ponction)

Elle consiste en une stimulation électrique transitoire répétée du nerf tibial postérieur par voie transcutanée, grâce à 2 électrodes posées sur le bord interne de la cheville.

L'appareil est programmé pour délivrer une stimulation électrique pendant 20 minutes, ceci étant à répéter tous les jours pendant au moins 3 mois afin d'en évaluer correctement l'efficacité.

Les effets sur l'urgenterie peuvent être observés dès 15 jours de traitement.

Le nerf tibial postérieur est issu des racines nerveuses lombaires et sacrées L4 à S3 qui sont impliquées dans l'innervation périnéale et vésicale.

La stimulation des fibres afférentes du nerf tibial postérieur peut interférer avec les mécanismes de régulation du réflexe mictionnel et ainsi influencer le comportement vésical.

Les avantages de ce traitement sont qu'il n'a pas ou peu de contre-indications (grossesse, pacemaker) et que les effets indésirables sont rares. En revanche, on dispose de moins de preuves scientifiques de son efficacité que pour la stimulation des racines sacrées ou la toxine botulique.



Figure 8 : Exemple de neurostimulation percutanée du nerf tibial postérieur.

6. La stimulation des racines sacrées

Ce traitement peut être proposé en dernier recours dans la prise en charge de l'IUU.

Autre option thérapeutique possible de troisième ligne en cas d'hyperactivité vésicale résistante aux anticholinergiques consiste à stimuler directement les racines sacrées S2, S3 et S4 impliquées dans l'innervation vésicale et périnéale permettant de moduler la contractilité et la sensibilité du périnée et de la vessie.

Elle nécessite l'implantation d'un boîtier d'électrostimulation en région sous-cutanée abdominale ou fessière. La première étape consiste en une phase test d'une à 2 semaines avec mise en place d'une électrode au contact de la racine S3 par ponction percutanée qui peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale au bloc opératoire. Pendant cette phase test, l'électrode est connectée à un boîtier externe permettant d'appliquer la stimulation électrique.

L'efficacité est évaluée par un calendrier mictionnel et des auto-questionnaires de symptômes. En cas d'efficacité, le test est considéré comme concluant et on procède à l'implantation du boîtier au bloc opératoire sous anesthésie locale.

L'avantage de ce traitement est qu'il n'entraîne pas de rétention urinaire (contrairement à la toxine botulique) et qu'il peut améliorer les autres symptômes périnéaux éventuels (constipation, incontinence anale, douleurs).

Ses principaux inconvénients sont le risque infectieux lié à l'implantation d'un corps étranger, son coût important et la fréquence des pannes pouvant imposer des réinterventions chirurgicales pour changement de tout ou partie du dispositif.

Des preuves limitées issues de petits essais laissent penser que la stimulation électrique est une meilleure option chez les patients réfractaires aux anticholinergiques mais, on a besoin de plus de données comparatives pour l'appuyer (56).

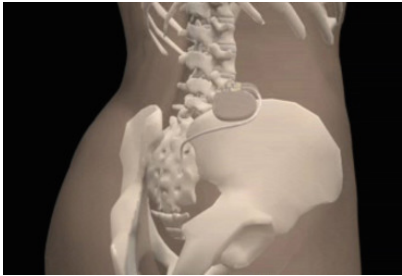


Figure 9 : Exemple de dispositif implanté de neurostimulation des racines sacrées.

7.Chirurgie

Différentes techniques de prise en charge chirurgicales peuvent être proposées aussi bien dans la prise en charge des prolapsus que de l'incontinence urinaire, après échec des autres traitements non invasifs, mais nous ne rentrerons pas dans les détails ici.

B. Etude

I. Matériel et méthode :

1. Justifications et objectifs

En France, il n'y a pas d'études sur la prise en charge en médecine générale des POP. La majorité des données sur les prises en charges non chirurgicales sont issues d'études nord-américaines ou du nord de l'Europe.

En ce qui concerne l'IU, une étude publiée en 2007 dans l'Européen Journal of General Practice a cherché à décrire le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'IU dans 4 pays européens (France, Allemagne, Espagne et Royaume-Uni). Les auteurs ont retrouvé que le recours au médecin généraliste changeait en fonction de l'organisation du système de soins. Dans tous les pays, une majorité de femmes n'avait jamais évoqué ses symptômes d'IU avec un médecin. En France (comme en Espagne), l'accès aux médecins généralistes et aux gynécologues est libre et, on peut noter qu'il y a un recours quasi équivalent aux 2 spécialités pour la prise en charge de l'IU(7).

Le médecin généraliste joue déjà en France un rôle prépondérant dans le diagnostic et la prise en charge de l'IU et l'on peut penser qu'il en est de même en cas de POP. L'évolution de l'offre de gynécologie en ville, en France, avec la disparition des gynécologues médicaux va probablement renforcer le recours aux médecins généralistes en première intention dans la prise en charge des POP et de l'IU.

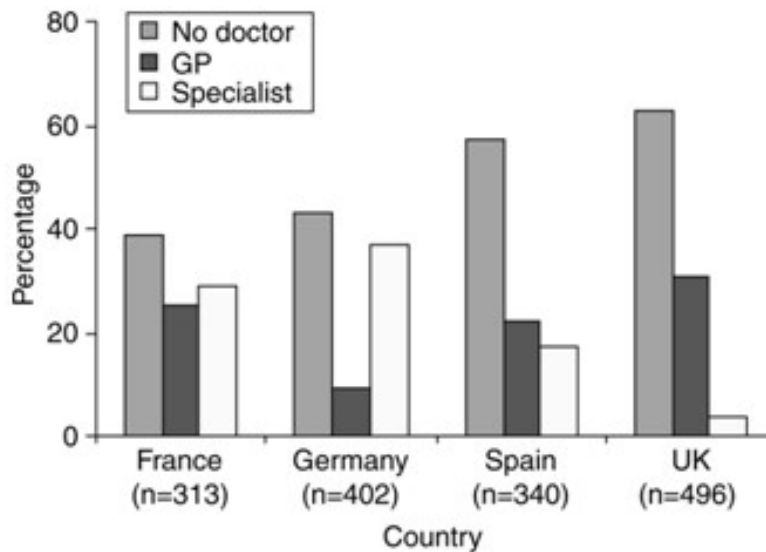


Figure 10 : Répartition des interlocuteurs avec qui les 658 femmes avaient discuté de leur problème d'incontinence urinaire(7).

Tableau 3: Nombre de femme ayant discuté de leurs symptômes d'IU en fonction du type de praticien et celles n'ayant pas parlé avec un médecin de leurs symptômes d'IU (7).

Nombre de femme ayant parlé de leurs symptômes d'IU	France (n=170)	Allemagne (n=183)	Espagne (n=132)	Royaume-Uni (n=173)	Total (n=658)
Médecin généraliste	47	19	57	88	52
Gynécologue	49	60	39	9	40
Urologue	2	17	3	3	6
Autre	2	4	1	0	2
Nombre de femme n'ayant pas parlé de leurs symptômes	France (n=122)	Allemagne (n=174)	Espagne (n=190)	Royaume-Uni (n=307)	Total (n=793)

A ce jour aucune étude n'a été menée auprès des médecins généralistes de l'ex Basse-Normandie (Calvados, Manche, Orne) sur la prise en charge médicale des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire.

Nos objectifs étaient :

- L'évaluation des connaissances des médecins généralistes exerçant sur ce territoire.
- L'appréciation de leur implication dans le dépistage, la prévention et la prise en charge de ces pathologies.
- Ainsi que le recensement de leur attente en matière de formation sur ces sujets.

Dans un second temps, nous avons choisi de sensibiliser les médecins réponders en leur faisant parvenir une fiche d'information (Annexe 6) afin de compléter leurs connaissances sur ce sujet.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale quantitative réalisée par le biais d'un questionnaire.

3. Population de cible :

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes installés en libéral hors mode d'exercice particulier (médecine d'urgence, médecine du sport, acupuncture...), dans les 3 départements de l'ex Basse-Normandie : Calvados, Manche et Orne. Soit 1198 médecins généralistes au moment du début de l'étude en janvier 2018 (source : annuaire du conseil national de l'ordre des médecins).

Parmi ces médecins généralistes, un échantillon de 250 a été constitué de façon aléatoire grâce au logiciel Excel.

4. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré avec le Dr Pizzoferrato (Annexe 5), et a été validé par la Commission Informatique et Liberté de l'Université de Caen Normandie. Le questionnaire a été initialement testé

auprès de 3 médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion, ce qui a permis d'en améliorer la pertinence. Le temps de réponse a été évalué à moins de 10 minutes.

Il comportait 28 questions réparties en 2 parties :

- « Vous concernant » : première partie ayant pour but de définir le profil du médecin répondant.
- « Concernant les prolapsus génitaux et l'incontinence urinaire féminine » : cette deuxième partie comprend 5 blocs de questions :
 - o Le premier bloc (question 6 à 13) portait sur les connaissances des POP et IU,
 - o Le second bloc (question 14 à 16) portait sur les POP,
 - o Un troisième bloc (question 17 à 21) portait sur l'IU,
 - o Un quatrième bloc (question 22 à 25) était axé sur la rééducation et les éventuels freins au diagnostic,
 - o Et le dernier (question 26 à 28) portait sur le ressenti du médecin quant à sa formation sur ses sujets et recensait les désirs de formation.

5. Diffusion du questionnaire et récupération des données :

La diffusion et la récupération des données s'est faite en 2 étapes :

Lors de la première étape, les médecins généralistes tirés au sort étaient appelés par téléphone par ordre d'échantillonnage. L'étude leur était brièvement présentée afin d'obtenir ou non leur accord pour l'envoi du questionnaire sous format papier ou électronique, ou la réalisation du questionnaire par téléphone.

Pour la forme électronique, le questionnaire a été mis en ligne sur internet et géré par la plateforme Google Forms. Un courriel était envoyé de façon manuelle à chaque destinataire, contenant un bref descriptif de l'étude et un lien qui orientait directement vers le questionnaire en ligne.

Les réponses étaient anonymes.

Pour la forme papier, le questionnaire a été envoyé aux médecins par voie postale, accompagné d'une enveloppe réponse affranchie. Suite à leur retour, les questionnaires papiers étaient saisis dans Google Forms afin d'obtenir un tableau unique de résultats.

Pour la forme téléphonique nous convenions d'un rendez-vous téléphonique pour recueillir les réponses et celles-ci étaient ensuite saisies dans Google Forms.

Au bout des 3 mois de cette première étape, et n'ayant reçu que 15 réponses (soit 6%), j'ai donc décidé d'élargir la diffusion de mon questionnaire à nos maîtres de stage en médecine générale (soit 358 médecins généralistes installés), via la faculté de médecine, afin d'avoir plus de données à traiter et, en ayant conscience des biais inhérents à ce changement de protocole.

6. Période d'étude :

Le questionnaire électronique a été mis en ligne du 1 novembre 2019 au 26 mars 2020.

7. Traitement des données :

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du test du Chi 2 pour comparer les variables qualitatives. Lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5, le texte de Fischer a été utilisé. La différence était considérée comme significative lorsque p était $<0,05$. Ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA version 13 (Stata-Corp®).

II. Résultats

1. Taux de participation

Deux cent cinquante médecins généralistes installés ont été contacté par téléphone et 358 Maitres de stage ont été contactés par mail dont 80 étaient dans l'échantillon initial.

Certains médecins du listing (25) n'ont pas pu être contactés du fait qu'ils n'exerçaient plus la médecine générale en cabinet libéral, d'un changement de département, ou d'un départ à la retraite entre le temps de réalisation du listing et le début du recueil de données, ou de l'impossibilité de les joindre.

Parmi les médecins contactés, 198 mails et 2 courriers ont été envoyés et 358 mails aux maitres de stage en médecine générale.

Quinze médecins généralistes installés (soit 6,7% de taux de réponse) et 66 maitres de stage ont répondu. Soit 81 (16,1%) réponses parmi les 503 médecins généralistes installées (225 médecins généralistes installés du listing initial et 278 maitres de stage qui n'étaient pas sur le listing initial).

Vingt-cinq des médecins contactés par téléphone (soit 9%) n'ont pas souhaité répondre à ce questionnaire. Les motifs des refus étaient le manque de temps, le manque d'intérêt pour le sujet et le départ en retraite imminent.

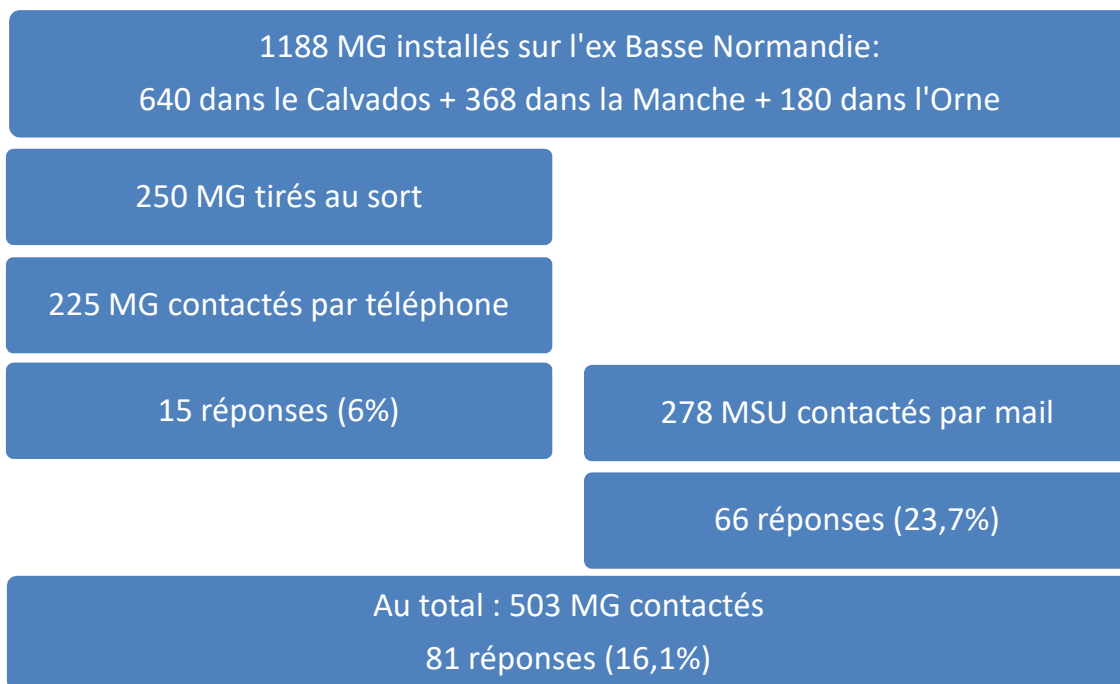


Figure 11: Diagramme des flux concernant la diffusion des questionnaires aux médecins généralistes

2. Description des répondants

a. Le sexe

Parmi les 81 répondants, 45 étaient des femmes (55,6%) et 36 des hommes (44,4%), soit un sexe ratio (SR) à 0,8. Ce SR n'est pas représentatif de notre population cible puisque qu'il est à 1,68 (315 hommes pour 188 femmes). Il n'est pas non plus représentatif, de la population générale des médecins généralistes du territoire de l'ex Basse-Normandie puisqu'il y avait en janvier 2019, sur 1188 médecins installés dont 739 hommes et 449 femmes, soit un SR à 1,64.

b. L'âge

Quatre participants (4,9%) avaient moins de 30 ans, 30 (37%) entre 30 et 40 ans, 18 (22,2%) entre 40 et 50 ans, 14 (17,3%) entre 50 et 60 ans, 15 (18,5%) de plus de 60 ans.

c. Lieux d'exercice

Trente-neuf participants (48,1 %) exerçaient en milieu rural, 18 (22,2%) en milieu semi-urbain et 24 (29,6) en milieu urbain. Aucun des participants n'exerçait la gynécologie dans une autre structure que leur cabinet libéral.

d. Formation complémentaire en gynécologie obstétrique

Soixante-quinze participants (92,6%) n'avaient pas de formation complémentaire en gynécologie obstétrique (GO), parmi les 6 (7,4%) ayant une formation complémentaire en GO, 4 avaient suivi un Diplôme Inter Universitaire (Anger ou Caen). Les 2 autres participants considérant qu'ils avaient une formation complémentaire en GO, avaient soit effectué des stages en maternité pour l'un soit des consultations séniorisées pour l'autre.

e. Suivi gynécologique proposé aux patientes

Parmi les 81 participants, 2 (2,5%) ne proposaient aucun suivi gynécologique à leurs patientes et 11 (13,6%) un suivi gynécologique complet (contraception, ménopause, frottis, pose/retrait implant et ou DIU, suivi de grossesse). Les 2 médecins, qui ne proposaient aucun suivi gynécologique, avaient moins de 40 ans et travaillaient en milieu rural. L'un des 2 adressait ses patientes à un médecin généraliste qui pratiquait la gynécologie et travaillait en maison médicale dans laquelle un médecin généraliste exerçait la gynécologie.

Soixante-six (81,5%) participants effectuaient les frottis à leurs patientes, 76 (93,8%) proposaient le suivi de la contraception (autre que DIU, implant), 39 (48,1%) les poses d'implant ou de DIU, 61 (75,3%) proposaient le suivi de ménopause et 55 (67,9%) le suivi de grossesse.

Pour les médecins qui ne proposaient pas de suivi gynécologique complet aux patientes, 9 MG (11,1%) les adressaient à un GO, une SF ou un MG sans distinction, 52 (64,2%) les adressaient à un GO, 39 (48,1%) à une SF et 13 (16%) à un MG.

f. Estimation de la fréquence des consultations ayant pour motif un trouble de la statique pelvienne sur 12 mois

Quinze (18,5%) estimaient que ce motif de consultation revenait au moins une fois par semaine, 33 (40,7%) une fois par mois, 18 (22,2%) tous les 3 mois, et 15 (18,5%) moins d'une fois tous les 6 mois.

3. Connaissances sur les prolapsus génitaux et l'incontinence urinaire

a. Estimation de la fréquence des prolapsus génitaux chez les femmes de plus de 20 ans

Quarante-cinq (55,6%) médecins répondants pensaient que la fréquence des POP était inférieure à 10% chez les femmes de plus de 20 ans. Trente (37%) estimaient leur fréquence entre 10 et 25%, 5 (6,2%) entre 25 et 50% et 1 (1,2%) entre 50 et 75%. Aucun des médecins répondants pensaient que les POP sont présents chez plus de 75% des femmes de plus de 20 ans.

b. Estimation de la fréquence de l'incontinence urinaire chez les femmes de plus de 20 ans

Cinquante (61,7%) des médecins répondants estimaient que 10 à 25% des femmes de plus de 20 ans présentent une IU, 26 (32,1%) pensaient que la fréquence de l'IU est plutôt entre 25 et 50% et 5 (6,2%) pensaient que cette fréquence est inférieure à 10%. Aucun médecin répondant ne pensait que la fréquence de l'IU chez les femmes de plus de 20 ans est supérieure à 50%.

c. « Chez vos patientes présentant un ou plusieurs facteurs de risque de troubles de la statique pelvienne, recherchez-vous systématiquement une incontinence urinaire ou un prolapsus génital ? »

Quarante-huit (59,3%) déclaraient dans ce cas rechercher systématiquement une IU ou un POP.

d. Proposition d'une consultation dédiée en cas de symptômes évocateurs de trouble de la statique pelvienne

Parmi les 81 répondants 64 (79%) proposaient une consultation dédiée et 17 (21%) ne le proposaient pas.

e. Symptôme ayant la meilleure valeur prédictive positive de prolapsus génital

Quarante-neuf médecins (60,5%) pensaient que la « sensation de boule vaginale » a la meilleure VPP de POP, 17 (21%) pensent que c'est plutôt les « symptômes dysuriques, sensation de miction incomplète », 13 (16,1%) la « pesanteur pelvienne ou périnéale », 1 (1,2%) l'IUE, 1 (1,2%) les dyspareunies et aucun la constipation ou l'incontinence anale. De plus il n'y avait pas eu d'autre symptôme de proposé par les participants.

f. Principaux facteurs de risque de prolapsus génital et d'incontinence urinaire

Les 3 principaux facteurs de risque cités par les répondants étaient : la multiparité pour 76 (93,8%) d'entre eux, puis l'obésité pour 59 (72,8%) et l'âge pour 47 (58%). Puis venaient l'« antécédent de chirurgie pelvienne ou hystérectomie » pour 35 répondants (43,2%) et la ménopause pour 22 (27,2%). Aucun n'avait pensé que le tabac faisait partie des principaux facteurs de risque de POP ou IU, et il n'y avait pas eu d'autre facteur de risque de proposé.

g. Concernant la rééducation périnéale

Soixante-seize des 81 participants (93,8%) pensaient que la rééducation périnéale est possible chez la femme âgée alors que 5 (6,2%) pensaient que non.

En cas de prescription de rééducation périnéale, 16 participants (19,8%) adressaient préférentiellement leurs patientes à un kinésithérapeute, 30 (37%) à une sage-femme et 35 (43,2%) à l'un ou l'autre des praticiens.

- h. « Faites-vous d'autres propositions thérapeutiques pour prendre en charge vos patientes présentant des troubles de la statique pelvienne ? »

A cette question ouverte, 19 (23,4%) participants avaient répondu oui. Trois (3,7%) praticiens proposaient une auto-rééducation, 6 (7,4%) proposaient des règles hygiéno-diététiques (2 une perte de poids, régularisation des mictions, uriner avant le sport), 2 proposaient une œstrogénothérapie locale pour améliorer la trophicité vaginale, 2 praticiens prescrivait un système de rééducation par électrostimulation (1 par sonde Keat et 1 par système INNOVO sans sonde), 2 proposaient une réévaluation après rééducation et orientation vers un spécialiste si les symptômes persistent, 2 proposaient de la kinésithérapie ou un renforcement musculaire sans précision, 1 proposait une prescription d'anticholinergiques et 1 un BUD en précisant (délai minimum d'un an).

- i. « Y a-t-il selon vous un/des frein(s) au diagnostic et à la prise en charge des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire chez les femmes ? »

Cinquante-sept des 81 participants (70,3%) pensaient que oui.

Parmi les freins évoqués, celui qui arrivait en premier chez 37 des répondeurs était le sentiment de gêne, honte ou tabou associé au trouble, puis 11 évoquaient un manque de verbalisation des signes fonctionnels, 10 une banalisation des troubles considérés comme normaux pour l'âge, 6 évoquaient un défaut de formation initiale sur ces sujets, 5 l'absence de questionnement systématique sur ces sujets, de dépistage et le manque de temps, 2 rapportaient des difficultés d'accès à la kinésithérapie et à la chirurgie, 2 évoquaient le contexte souvent polypathologique des patientes (démence, comorbidités), 1 l'absence de traitement 100% efficace et 1 la nécessité d'un examen gynécologique effectué par le médecin généraliste.

- j. « Pensez-vous être suffisamment formé sur le sujet ? »

A cette question, parmi les 81 médecins répondeurs, 59 (72,8%) pensaient ne pas être assez formé sur le sujet (dont 54 (94,5%) auraient un souhait de formation).

Concernant les souhaits de formation : 64 (79%) avaient un souhait de formation sur les troubles de la statique pelvienne (dont 10 (15,6%) avaient déclaré dans la question précédente qu'ils se sentaient suffisamment formés sur le sujet) et 16 (19,7%) ne souhaitaient pas se former. Un participant (1,2%) n'avait pas répondu quant à son souhait ou non de formation.

En ce qui concerne le type de formation les praticiens pouvaient exprimer plusieurs souhaits, certains praticiens souhaitant se former n'ont pas exprimé sous quelle forme ils souhaitaient le faire. Quarante-sept praticiens (73,4%) aimeraient une conférence dans le cadre de la FMC, 7 (10,9%) une lettre d'information, 1 (1,6%) une formation complémentaire en GO, 1 (1,6%) une formation sur internet, 1 (1,6%) un groupe de pairs, 1 avait un souhait de formation sur la pose de pessaire avec une gynécologue. En ce qui concerne le formateur il n'est pas ressorti de préférence particulière : 2 praticiens souhaitaient un urologue ou gynécologue, 1 un généraliste ou une sage-femme, 3 une sage-femme ou un gynécologue.

4. Pratiques des médecins généralistes participants concernant le prolapsus génital
 - a. Capacité à reconnaître cliniquement un prolapsus génital

Soixante-dix-sept (95,1%) des médecins répondants déclaraient savoir reconnaître cliniquement un POP alors que 4 (4,9%) non.

- b. « Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en cas d'un diagnostic de prolapsus génital ? »

Sur les 81 médecins ayant répondu à cette question, 48 (59,2%) ne prescrivait aucun examen complémentaire dont 2 avaient ajouté une échographie abdomino-pelvienne, 2 un avis gynécologique et 1 autre un avis gynécologique ou urologique.

Trente et un (38,3%) prescrivait une échographie abdomino-pelvienne, 2 (2,5%) une IRM pelvienne, 1 (1,2%) un scanner abdomino-pelvien et 1 (1,2%) dans autre avait précisé demander un BUD en fonction de la gêne.

- c. Prescription de la rééducation périnéale en première intention devant la découverte d'un POP

Soixante-neuf (85,2%) participants sur 81 déclaraient prescrire de la rééducation périnéale en première intention en cas de POP.

Parmi les 12 qui ne prescrivait pas de rééducation périnéale, 6 pensaient que c'est inefficace, 5 déclaraient que c'est par manque d'accessibilité, et 1 demandait un bilan chez un spécialiste urologue ou gynécologue.

- d. Prescription de pessaire en cas de diagnostic de POP

Cinquante-six (69,1%) sur 81 déclarent ne pas prescrire de pessaire.

Parmi eux, 22 ne le faisaient pas par manque de connaissance sur le sujet, 17 préféraient un avis spécialisé avant, 4 pensaient que c'est à réserver aux femmes âgées, 5 que c'est uniquement utile pour différer ou attendre une chirurgie, 4 que c'est un traitement archaïque bon pour le musée, et 4 avaient noté comme commentaire: « Pas d'échantillon disponible et coût parfois élevé, j'envoie au gynécologue dans ce cas », « difficile à supporter pour la patiente », « peu d'efficacité », « Rarement prescrit, toujours rééducation périnéale avant ».

- e. Manipulation de pessaire

A la question « Avez-vous déjà eu l'occasion d'en poser ? » : 24 (29,6%) des 81 participants déclaraient avoir déjà posé un pessaire.

« Avez-vous eu l'occasion d'en changer ou nettoyer ? » : 26 (32,1%) avaient déjà eu l'occasion d'en changer ou remplacer.

- f. « Pensez-vous que la chirurgie soit le seul traitement efficace? »

Huit (9,9%) des 81 participants pensaient que la chirurgie est le seul traitement efficace, 73 (90,1%) pensaient que non.

g. Adressage au spécialiste

Sur les 81 participants, 50 (61,7%) déclaraient adresser directement la patiente à un spécialiste en cas de découverte de POP, alors que 31 (38,3%) ne les adressaient pas directement.

Parmi les 50 participants adressant directement leur patiente à un spécialiste, 34 (68%) les adressaient préférentiellement à un gynécologue, 6 (12%) à un urologue, 7 (14%) à un urologue ou un gynécologue, 1 (2%) à une sage-femme ou un gynécologue et 2 (4%) n'avaient pas répondu à cette question.

5. Pratiques des médecins généralistes participants en cas d'incontinence urinaire

a. Consultation pour ménopause

La question était « lorsqu'une femme vous consulte pour des symptômes liés à sa ménopause lui demandez-vous systématiquement si elle a des fuites urinaires ? », 38 des 81 répondus (46,9%) recherchaient des fuites urinaires chez les femmes évoquant des symptômes en lien avec une ménopause, et 33 (53,1%) ne le faisaient pas.

b. Vignettes cliniques

« Si une femme se présente pour des fuites urinaires systématiques lorsqu'elle fait de la course à pied, qu'elle tousse ou qu'elle porte une charge lourde, vous diriez qu'elle présente : » à cette vignette 81 (100%) des participants avaient bien répondu qu'il s'agit d'une IUE.

« Si une femme se présente pour des fuites urinaires lorsqu'elle doit attendre pour aller aux toilettes avec une impression de mal vider sa vessie et de devoir y retourner très souvent, vous diriez qu'elle présente : » à cette vignette 66 (81,5%) des 81 participants avaient bien répondu IUU, 14 (17,3%) avaient répondu IUM et 1 (1,2%) a répondu IUE.

c. Evaluation de la sévérité d'une incontinence urinaire

A la question « Quel est selon vous le meilleur moyen pour évaluer une incontinence urinaire ? », 44 (54,3%) pensaient que c'est l'EVA, 18 (22,2%) le nombre de garnitures quotidiennes, 16 (19,8%) la mise en place de manœuvre d'évitements (limitation des apports hydriques, évitement des efforts physiques), 2 (2,5%) avaient répondu autres en spécifiant un BUD pour l'un et « une consultation spécialisée » pour l'autre, 1 (1,2%) répondus avait répondu « aucune idée ».

d. « Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en première intention lors d'un diagnostic d'incontinence urinaire »

A cette question à choix multiples, 65 (80,2%) des 81 participants avaient répondu une BU ou un ECBU, 38 (46,9%) une échographie abdomino-pelvienne, 23 (28,4%) un BUD, 2 (2,5%) aucun examen complémentaire, 1 (1,2%) avait répondu une glycémie à jeun et aucun participant avait répondu un scanner abdomino-pelvien

e. « En cas de diagnostic d'incontinence urinaire pensez-vous que la chirurgie soit le seul traitement efficace ? »

Soixante-quinze (92,6%) des participants pensaient que non.

- f. « En cas de diagnostique d'incontinence urinaire, essayez-vous un traitement anti-cholinergique en première intention ? »

Cinquante (61,7%) des 81 participants avaient répondu non à cette question.

- g. « En cas de diagnostique d'incontinence urinaire, adressez-vous directement la patiente à un spécialiste ? »

Sur les 81 participants, 49 (60,5%) avaient répondu non.

6. Comparaison des connaissances et rôles des médecins en fonction de leurs caractéristiques.

Une comparaison des réponses suivant les caractéristiques des participants a été réalisée dans un second temps. Quelques différences statistiquement significatives ont été retrouvées :

Les praticiens ayant moins de 40 ans avaient moins recours aux spécialistes que ceux de plus de 40 ans ($p=0,0097$).

Les praticiens de plus de 40 ans prescrivait plus de pessaire que ceux de moins de 40 ans. ($p=0,029$). Quant à la prescription de rééducation périnéale en première intention, celle-ci ne semble pas influencée par l'âge du praticien ($p=0,75$).

Le sexe du praticien ne semblait pas influencer la fréquence des consultations pour des troubles de la statique pelvienne, puisque les femmes n'avaient pas une fréquence des consultations plus importante pour ces troubles que les hommes ($p=0,29$).

Les caractéristiques des praticiens (âge, sexe et formation complémentaire en gynécologie obstétrique) ne semblent pas influencer leur capacité ou non à reconnaître un prolapsus.

Tableau 4 : Caractéristiques des praticiens ayant déclarés savoir reconnaître, ou non, cliniquement un prolapsus.

		Réponse à la question		p
		Non (n %)	Oui (n %)	
Savez-vous reconnaître un prolapsus génital ?				
Sexe				
	Homme	2 (50,0)	34 (44,2)	0,61
	Femme	2 (50,0)	43 (55,8)	
Age (années)				
	<40	2 (50,0)	32 (41,6)	0,56
	≥40	2 (50,0)	45 (58,4)	
Stage effectué en gynécologie-obstétrique				
	Non	4 (100,0)	71 (92,2)	0,73
	Oui	0 (0,0)	6 (7,8)	

7. Comparaison des réponses par rapport au type de suivi proposé aux patientes

Nous n'avons pas retrouvé d'association entre le fait de proposer un suivi gynécologique complet et voir plus d'une consultation par mois pour ces motifs. ($p=0,51$)

Ils sembleraient qu'il n'y ait pas de lien entre le fait de proposer des frottis et d'avoir plus fréquemment des consultations pour un trouble de la statique pelvienne ($p=0,22$), tout comme le fait ou non de proposer un suivi de ménopause ne semble pas influencer la fréquence des consultations pour des troubles de la statique pelvienne ($p=0,24$).

8. Comparaison des réponses en fonction de la formation des praticiens

Nous n'avons pas pu établir de lien entre le fait d'avoir une formation complémentaire et de prescrire des pessaires ($p=0,07$), mais la petite taille de l'échantillon peut entraîner un biais d'échantillonnage, il serait intéressant de voir sur un échantillon plus important car le p était proche de 0,05.

Il semblerait que le fait d'avoir une formation complémentaire en gynécologie obstétrique (quel que soit) retarde le recours au spécialiste en cas de découverte de POP ($p=0,0023$).

9. Comparaison des réponses en fonction de la fréquence des consultations pour un trouble de la statique pelvienne.

Il ne semble pas y avoir de relation entre la fréquence des consultations du praticien pour un trouble de la statique et son estimation quant à la fréquence des IU chez les femmes de plus de 20 ans ($p=0,72$). Pour autant un certain nombre de praticien déclarent des fréquences de consultations moins d'une fois tous les 3 mois et pense que les IU toucheraient entre 25 et 50% des femmes. Cela pose questions sur le sujet lui-même et les difficultés de l'aborder ? De même, il n'existe pas de relation entre avoir des consultations au moins une fois par mois pour troubles de la statique pelvienne et penser que la fréquence des POP est supérieure à 10% des femmes de plus de 20 ans ($p=0,093$). Le sexe du praticien ne semble pas non plus influencer la fréquence des consultations pour des troubles de la statique pelvienne ($p=0,29$).

De même, il n'y avait pas d'association entre avoir des consultations pour troubles de la statique pelvienne (au moins une fois par mois) et la fréquence estimée des POP (supérieure à 10% des femmes de plus de 20 ans ($p=0,093$)).

10. Comparaison des propositions thérapeutiques en fonction du fait de penser ou non que la chirurgie est le seul traitement des POP.

Les praticiens qui pensent que la chirurgie n'est pas le seul traitement des POP semblent prescrire plus de rééducation périnéale à leur patiente ($p<0,01$). Par contre, il ne semble pas y avoir de relation entre le fait de penser que la chirurgie soit le seul traitement des POP et les habitudes de prescription de pessaire ($p=0,42$).

Tableau 5 : Réponses en matière de prescription de rééducation périnéale et de pessaire en cas de découverte d'un POP.

	<i>Pensez-vous que la chirurgie soit le seul traitement efficace des POP ?</i>		p
	Non n (%)	Oui n (%)	
<i>en cas de découverte d'un POP :</i>			
<i>Prescrivez-vous de la rééducation périnéale en première intention?</i>			
Oui	66 (81,4)	4 (4,9)	p<0,01
Non	7 (8,6)	4 (4,9)	
<i>Prescrivez-vous un pessaire ?</i>			
Oui	24 (29,6)	1 (1,2)	p=0,42
Non	49 (60,5)	7 (8,6)	

III. Discussion

1. Principaux résultats

a. Suivi gynécologique proposé par les médecins généralistes

Notre étude a retrouvé que la plupart des médecins généralistes proposaient au moins un suivi gynécologique partiel à leur patiente. Seul 2 médecins n'en proposaient aucun sur les 81 répondants.

Le fait d'avoir une formation complémentaire en gynécologie obstétrique (quelle qu'elle soit) permettrait de retarder le recours au spécialiste en cas de découverte d'un POP (p=0,0023).

b. Connaissances des participants sur les troubles périnéaux

La majorité des médecins interrogés pensaient savoir reconnaître un POP cliniquement (95,1%) et 65,5% d'entre eux pensaient que le symptôme ayant la meilleure valeur prédictive positive du diagnostic de POP est la « sensation de boule vaginale ».

Concernant l'IU, 100% des participants avaient répondu correctement à la vignette sur l'IUE, et 81,5% à celle sur l'IUU.

Quatre-vingts virgule deux pourcent des participants recherchaient une infection urinaire devant des symptômes d'IU par BU ou ECBU, un certain nombre prescrivait d'autres examens complémentaires en première intention.

Presque la moitié des participants déclarait rechercher systématiquement des fuites urinaires chez les femmes se présentant pour des symptômes de ménopause.

c. Prise en charge médicale du POP et de l'IU

Nous avons retrouvé un taux important de prescription de la rééducation périnéale en première intention en cas de POP symptomatique (85,2%) et, 90,1% des répondants pensaient que la chirurgie n'est pas le seul traitement efficace des POP et 92,6% de l'IU.

Concernant les connaissances et l'utilisation des pessaires, presque un tiers des praticiens interrogés prescrivaient des pessaires en cas de découverte de POP et quasiment le même nombre en avait déjà manipulé ou posé.

Certains résultats sont plus mitigés : 41% des participants ne recherchaient pas systématiquement une IU ou un POP en cas de facteurs de risques de troubles de la statique pelvienne, 21% ne proposaient pas de consultation dédiée devant l'existence de symptômes évocateurs d'un POP et 27,2% des médecins répondants déclaraient ne pas connaître les pessaires.

Plus d'un tiers des médecins interrogés prescrivaient des examens complémentaires lors d'une découverte d'un POP principalement une échographie abdomino-pelvienne (31 soit 38,3%).

d. Souhaits de formation

Presque deux tiers des praticiens estimaient ne pas être assez formés sur ces sujets (72,8% soit 59 praticiens sur 81) dont 94,5% (64 praticiens) avaient un souhait de formation. La majorité des souhaits de formation s'orientaient vers une conférence dans le cadre de la FMC (47 praticiens soit 73,4%), et la lettre d'information pour 7 praticiens (10,9%).

2. Comparaison avec la littérature

Notre enquête retrouve une sous-estimation de la prévalence des POP. En effet la majorité des médecins interrogés pensent que la prévalence des POP est inférieure à 10% chez les femmes de plus de 20 ans mais si l'on s'en tient aux données anatomiques 32% à 98% des femmes seraient atteinte d'un POP selon la classification POP-Q tout stade confondus et entre 2,9 et 11,4% si l'on prend en compte des données d'interrogatoire par auto-questionnaire (16).

Les médecins interrogés en majorité savaient que le symptôme ayant le meilleure VPP de diagnostic de POP est la « sensation de boule vaginale ». En effet il serait le seul symptôme à avoir une corrélation directe avec le grade du POP sur la classification POP-Q et sur l'IRM, d'après plusieurs études (57).

Quatre-vingt quinze virgule un pour cent des répondants déclaraient savoir reconnaître cliniquement un POP mais seulement 30,9% proposaient la mise en place d'un pessaire. Il est possible que ce « manque » de prescription des pessaires par les médecins généralistes soit à mettre en relation avec le manque de connaissance sur les pessaires et sur les troubles pelvi-périnéaux en général. Presque trois quarts des praticiens estimaient ne pas être assez formés sur ces sujets, et six ont déclaré que c'était un frein possible à la prise en charge de ces troubles. Une étude américaine auprès des internes en gynécologie-obstétrique montrait que l'acquisition d'une expérience ambulatoire, en particulier sur l'adaptation des pessaires, ainsi qu'une formation magistrale spécifique à leur adaptation et leur utilisation, pouvait améliorer leur aisance avec l'utilisation des pessaires. Le facteur qui était associé à une amélioration de l'aisance des internes dans l'utilisation des pessaires était de travailler avec un praticien formé en pratique avancé en médecine et chirurgie périnéale. Il semblerait donc

que la formation des praticiens soit un élément clés dans la prise en charge des troubles pelvi-périnéaux (58).

Une étude quantitative chez les infirmières en pratiques avancées aux Etats-Unis publiée en 2016 concernant les pratiques de soins dans l'utilisation des pessaires, a montré une grande disparité dans les pratiques et le besoin de guide-line (fondés sur l'étude des résultats cliniques chez les patientes, de leur satisfaction et des coûts des soins)(59). Une autre étude sur internet, auprès des gynécologues-obstétriciens généralistes aux États-Unis en 2011, portait sur l'aisance dans leur diagnostic et leur gestion des traitements des affections pelvi-périnéales, ainsi que sur leur besoin d'un référent chirurgical en chirurgie pelvienne lorsqu'ils jugeaient nécessaire un avis spécialisé. Deux cent quatre-vingt-quatorze généralistes en obstétrique et ou gynécologie avaient répondu à l'enquête. Il y avait une grande disparité dans le niveau d'aisance dans les prises en charge ainsi qu'une grande variation dans les types d'options chirurgicales proposées par les différents praticiens notamment en fonction de l'âge du praticien(60).

Dans sa thèse publiée en 2017 le Docteur Jouve-Tronche Elodie faisait l'Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes et des patientes sur l'utilisation du pessaire gynécologique, sous la direction du Docteur Nohuz Erdogan(61). Son travail a comme celui-ci mis en évidence la nécessité d'une formation complémentaire et de l'élaboration d'un outil d'information simple sur les pessaires à destination des médecins généralistes. Il a aussi mis en évidence un manque d'uniformité dans les modalités et la fréquence de changement des pessaires, ainsi que de l'emploi d'un traitement adjuvant ou non, ce que je n'ai pas évalué ici. Ces praticiens approuvaient leur implication dans la gestion et l'entretien du pessaire tout autant que là. Il en ressortait aussi que les patientes étaient globalement très satisfaites. Elle concluait la nécessité d'un guide line sur l'utilisation du pessaire à destination des médecins généralistes afin d'harmoniser les pratiques. A ce jour, il n'existe pas encore de recommandation de bonnes pratiques cliniques médicales pour la prise en charge des POP à destination des médecins généralistes mais ces recommandations sont en cours d'écriture par la HAS. Une fiche d'information sur le pessaire a été proposée dans le cadre d'une enquête nationale sur le pessaire (non publiée) (Annexe 7).

Notre étude a montré que les médecins généralistes estimaient correctement la prévalence de l'IU puisque 61,7% estimaient cette prévalence entre 10 et 25% et 32,1% entre 25 et 50% et que la prévalence de l'IU varie entre 10 à 50% en fonction de la population et de la définition retenue(62).

Plus de la moitié des participants estimaient que le meilleur moyen d'évaluer la sévérité d'une IU est l'EVA qualité de vie (44 participants soit 54,3%). Ce qui fait partie du bilan clinique initial de l'IU recommandé par le CNGOF. Je n'ai pas recherché dans ce travail quel type de questionnaire de qualité de vie était utilisé.

Un certain nombre de participants prescrivaient d'autres examens complémentaires que l'ECBU en première intention devant la découverte d'une IU tels qu'un bilan uro-dynamique ou une échographie abdomino-pelvienne. Les recommandations parues en 2009 à propos de la prise en charge de l'IU ne recommandent pas d'examen complémentaire en première intention dans les cas d'IUE pure(62). Ces examens sont plutôt recommandés dans les cas d'IU complexes ou de récidive.

Soixante et un virgule sept pourcent des participants ne prescrivaient pas d'anticholinergiques en première intention devant des symptômes d'incontinence urinaire par urgenturie. Ceci correspond aux recommandations puisqu'il est préconisé de proposer en première intention si possible des règles hygiéno-diététiques (RHD) et une rééducation périnéale(63). Une étude de l'AFU en 2011, concernant la connaissances qu'avaient les praticiens sur l'existence des recommandations sur l'IU de la HAS parues en 2003, du CNGOF en 2010 et de l'AFU en 2010, auprès des gynécologues médi-

caux et médecins généralistes d'un même territoire de santé (celui de leur équipe) (praticiens inscrits sur les listings de formation médicale continue [FMC] ou développement personnel continu [DPC]), a montré que seulement 76 % des gynécologues médicaux et 47 % des généralistes connaissaient l'existence de RPC émanant de la HAS concernant l'incontinence urinaire de la femme(64).

Concernant les freins au diagnostic et à la prise en charge du POP et de l'IU chez les femmes, 70,3% des participants pensaient qu'il y avait un/des frein(s) à la prise en charge des troubles pelvi-périnéaux. Les plus fréquemment cités étaient la gêne, la honte et/ou le tabou associés aux troubles. Cette gêne semble être aussi bien du côté du praticien, pas toujours à l'aise avec ces sujets, que de celui des patientes. En effet, une étude ayant été conduite à Rennes entre 2003 et 2004, auprès de 154 femmes montrait que pour 20 % d'entre elle, le mot « périnée » était considéré comme tabou, en raison de son caractère intime et sexuel ou pour des raisons de pudeur. Et seulement 14 % disaient avoir une vision précise de leur périnée et près de 50 % ne le visualisaient pas du tout n'osant pas le regarder. Un autre élément important pointé par cette étude étaient les sources d'information principales déclaraient par ces femmes : pour 57% la source principale était les sages-femmes, les livres pour 31 %, et seulement 13,4% les gynécologues et 9% les médecins généralistes(65).

Aucun des participant n'a cependant évoqué le manque de connaissance des femmes de leur propre anatomie pelvi-périnéale et des troubles pouvant l'affecter. Alors que de nombreuses études ont montré un grand manque de connaissance des femmes sur ces sujets ainsi que l'impact de ce manque de connaissance sur leur prise en charge, leurs symptômes et leur qualité de vie.. Dans l'étude de Muhammad et al., menée auprès de 121 femmes enceintes, presque la moitié des femmes (46%) ne situaient pas bien le plancher pelvien (66). Dans leur étude, Neels et al., a montré que 74% des femmes enceintes n'avaient pas de connaissance sur les prolapsus, seulement 19% des femmes enceintes interrogées savaient quels organes pouvaient constituer un POP(67). Il semblerait sur cette étude que les connaissances s'amélioraient un peu après l'accouchement. Une revue de la littérature de 2018 portant sur les connaissances des femmes sur les troubles du plancher pelviens (sur 3125 études) a montré notamment sur l'IU, le trouble le plus fréquemment étudié dans les études que les facteurs de risque les plus importants associés au manque de connaissance du plancher pelvien étaient: l'ethnie afro-américaine, un faible niveau d'éducation, un faible accès à l'information, et le statut socio-économique.(68) Une autre étude, randomisée et contrôlée, publiée en 2015, a évalué les connaissances des femmes travaillant en bureau, avant et après des séances de formation. Ces séances portaient soit sur les rôles des muscles du plancher pelvien, soit sur les exercices d'entraînement de ces muscles. Un deuxième objectif de cette étude était de mesurer objectivement la présence de symptômes de troubles pelvi-périnéaux au sein d'une population féminine et de voir si l'amélioration des connaissances sur le plancher pelvien avait un impact sur les symptômes associés aux troubles pelvi-périnéaux et la qualité de vie (QdV) liés à ces troubles. Les participantes du groupe A recevaient à la fois une formation théorique et une formation à l'exercice des muscles du plancher pelvien, et celles du groupe B recevaient uniquement la première intervention théorique. Il a été montré une amélioration très significative des connaissances des groupes A et B par rapport au groupe témoin (tous deux $p < 0,001$). Le groupe A recevant une formation à l'exercice des muscles du plancher pelvien avait montré une diminution très significative des symptômes des troubles du plancher pelvien ($p < 0,001$) et une augmentation significative de la qualité de vie (QdV ; $p < 0,05$). Bien que les résultats de cette étude ne puissent pas être généralisés à toutes les femmes, de faibles niveaux de connaissances étaient associés à une prévalence élevée des troubles pelvi-périnéaux, et une augmentation des connaissances et sensibilisation par la formation était significativement associée à une amélioration de la qualité de vie et à une diminution des symptômes pelvi-périnéaux. Les con-

naissances des femmes de leur anatomie et des troubles pouvant y être associés est à mon sens compte tenu de tous ces résultats, un des principaux freins à la prise en charge des troubles pelvi-périnéaux. (69)

3. Points forts et limites

a. Le sujet

Dans ce travail de thèse je me suis concentrée sur le POP et l'IU. Il est vrai que lorsqu'on traite les troubles pelvi-périnéaux, on oublie souvent les autres troubles comme l'IA, les troubles génitaux-sexuels et les troubles défécatoires. Pour une vision globale de la pelvi-périnéologie, il aurait été intéressant d'avoir le même questionnement concernant ces autres troubles pelvi-périnéaux.

b. Le questionnaire

L'enquête a été réalisée avec un questionnaire non validé dans la littérature ce qui constitue un biais de mesure.

Les résultats issues du groupe des praticiens ayant une formation complémentaire en gynécologie obstétrique présentent un biais d'échantillonnage du fait du faible nombre de praticiens dans ce groupe (seulement 6 sur 81 répondants).

c. Le protocole et le taux de réponse

Le changement de protocole en cours d'étude entraîne un biais d'échantillonnage. En effet, du fait du faible nombre de réponse, l'échantillon initial randomisé qui était représentatif de la population générale des médecins généralistes de l'ex Basse-Normandie a été élargi en sollicitant les maîtres de stage universitaire. De ce fait l'échantillon final n'est plus représentatif de la population cible des médecins généralistes libéraux installés de l'ex Basse-Normandie. On ne peut donc pas extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins généralistes de l'ex Basse-Normandie. Ceci dit on peut quand même voir ressortir certaines tendances. De plus, malgré l'élargissement de l'échantillon cible en cours d'étude le taux de réponse est resté relativement faible 16,1% ce qui peut constituer un biais de non réponse.

L'autre biais de sélection existant est que tous les participants n'ont pas répondu au questionnaire, on peut penser que les praticiens les mieux formés étaient les plus intéressés par le sujet et qu'on a pu surestimer les bonnes pratiques médicales concernant les prises en charge de ces pathologies. De plus, le fait d'avoir eu beaucoup de réponse émanant des MSU peut constituer un autre biais de sélection. On peut penser que les MSU ayant une appétence pour les enseignements universitaires et la formation se forment plus que le reste de la population des médecins généralistes libéraux.

On a un biais de représentation du fait d'un taux plus important de participation des femmes médecins généralistes, probablement parce qu'elles se sentent plus concernées par ces sujets et qu'elles pratiquent plus la gynécologie que les hommes médecins généralistes (ce qui n'est pas ressorti dans les résultats de ce questionnaire).

4. Propositions

Cette étude pointe du doigt les disparités de dépistage et de prise en charge des troubles de la statique pelvienne en fonction des praticiens, de leur attrait pour la gynécologie et de leur formation. De plus, il existe de la part d'une grande partie de médecins généralistes libéraux, une volonté d'approfondir leurs connaissances et leurs pratiques dans ces domaines. Il est aussi nécessaire de lever les freins pointés du doigt par les médecins généralistes interrogés concernant le dépistage et la prise en charge des troubles pelvi-périnéaux.

Propositions pour améliorer les connaissances et uniformiser les pratiques cliniques :

- Mise en place d'une ou plusieurs formations dans le cadre de la FMC pour répondre à cette demande.
- Perfectionner la formation des internes en médecine générale en rendant obligatoire le passage en stage de gynécologie et notamment en consultation pour les familiariser avec la pratique de la gynécologique.
- Un guide de bonnes pratiques cliniques à destination des médecins généralistes. Il existe un guide HAS pour les IU (révisé en 2003) et un guide HAS est en cours de rédaction pour les POP.

Propositions pour améliorer le dépistage, la prise en charge et libérer la parole des femmes atteintes de trouble de la statique pelvienne :

- Rechercher et identifier systématiquement lors de la recherche des antécédents à l'ouverture d'un dossier des facteurs de risques ou des symptômes évocateurs de trouble de la statique pelvienne. Lister les antécédents gynécologiques au même titre que les autres : gestité, parité, déroulement des grossesses, type d'accouchement, complications des accouchements, traitements des complications, symptômes résiduels, ménopause, contraception, antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne...
- Lors de plainte évocateur d'un trouble de la statique rechercher systématiquement les autres troubles de statique pelvienne.
- Proposer une consultation dédiée si le praticien est à l'aise avec ces sujets ou orienter pour une consultation dédiée lorsqu'une femme exprime des symptômes de ménopause ou de trouble de la statique pelvienne, pour pouvoir prendre le temps d'évaluer les symptômes, leur retentissement et d'examiner les patientes.
- Faire de la prévention des troubles périnéaux notamment en luttant contre les facteurs de risques souvent évitables tels que la constipation. (Une étude est en cours au CHU de Caen pour évaluer l'impact de sessions d'éducation en santé périnéale auprès des médecins généralistes : le but étant de donner des conseils simples pour éviter la survenue des troubles périnéaux.)
- Mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique auprès des femmes sur le plancher pelvien, les troubles pouvant être associés, à quel moment en parler. Ils pourraient être proposés pendant l'adolescence (rôle de la santé scolaire), la grossesse, le post-partum et sur adressage d'un professionnel de santé.

CONCLUSION :

Les troubles de la statique pelvienne sont très fréquents chez les femmes en population générale. Ils représentent un enjeu de santé publique du fait du retentissement qu'ils ont sur la qualité de vie des femmes et de leur coût de prise en charge. De plus, il est difficile pour les femmes de verbaliser leurs symptômes génito-sexuels du fait, entre autres, d'une gêne, d'une pudeur, de la banalisation de ces troubles et/ou du "tabou" parfois associé. Il est donc important d'intégrer dans nos pratiques quotidiennes la recherche des troubles de la statique pelvienne dès l'adolescence, afin de faciliter l'expression de ces troubles par les femmes.

Globalement, les médecins généralistes se sentent concernés par ces troubles et la gynécologie en générale. Cependant, un certain nombre exprime des difficultés à les aborder et à les prendre en charge. De ce fait, les améliorations dans la prise en charge des troubles de la statique pelvienne passent par une formation plus poussée dans ces domaines afin que les symptômes soient plus facilement identifiés et que les femmes puissent être prise en charge et orientées si besoin.

L'amélioration des connaissances et donc l'aisance des praticiens dans leurs pratiques de prise en charge de ces troubles, permettrait de lever certains freins, et le tabou qui y est parfois associé ; ce qui faciliterait l'accès aux soins des femmes qui en sont atteintes.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Walters M., Karram M..Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery - 4th, Elsevier, 2014.
2. Fritel X, Ringa V, Quiboef E, Fauconnier A. Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause: a review of epidemiological and pathophysiological findings. *ActaObstetGynecol Scand*. 2012;91(8):901-10.
3. Markland AD, Richter HE, Fwu C-W, Eggers P, Kusek JW. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol*. 2011;186(2):589-93.
4. Nygaard I. Prevalence of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in US Women. *JAMA*. 17 sept 2008;300(11):1311.
5. A. PASTIJN, Prolapsus et incontinence urinaire chez la femme: la place du médecin généraliste Congrès A.M.U.B. 2018, Bruxelles.
6. Martin Lasnel M, Mourgues J, Fauvet R, Renouf S, Villot A, Pizzoferrato AC. Satisfaction des patientes et efficacité du pessaire en cas de prolapsus des organes pelviens. *ProgEn Urol*. 1 juin 2020;30(7):381-9.
7. O'Donnell M, Viktrup L, Hunskaar S. The role of general practitioners in the initial management of women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the UK. *Eur J GenPract*. 1 janv 2007;13(1):20-6.
8. Deffieux X. Manuel pratique d'uro-gynécologie: Prise en charge chirurgicale, thérapeutique et rééducation. In: Collection Pratique en gynécologie-obstétrique, Elsevier Health Sciences; 2011. 168 p.
9. Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2009;113(3):609-16.
10. Donon L, Warembourg S, Lapray J-F, Cortesse A, Hermieu J-F, Fatton B, et al. Bilan avant le traitement chirurgical d'un prolapsus génital Recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol*. 2016; 26 Suppl1:S8-S26.
11. Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P. Recommandations pour la pratique clinique Synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP et la SCGP. *JGynecolObstetBiolReprod*. 2016 ;45(10):1606-1613.
12. Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. *ClinObstet Gynecol*. 1972;15(4):1048-54.
13. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(1):10-7.
14. Hall AF, Theofrastous JP, Cundiff GW, Harris RL, Hamilton LF, Swift SE, et al. Interobserver and intraobserver reliability of the proposed International Continence Society, Society of Gynecologic Surgeons, and American Urogynecologic Society pelvic organ prolapse classification system. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(6):1467-70; discussion 1470-1471.

15. Swift S, Morris S, McKinnie V, Freeman R, Petri E, Scotti RJ, et al. Validation of a simplified technique for using the POPQ pelvic organ prolapse classification system. *IntUrogynecology J*. 2006;17(6):615-20.
16. Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. [Update on the epidemiology of genital prolapse]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. 2009;19(13):907-15.
17. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(2):277-85.
18. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(1):27-32.
19. Dietz HP. Prolapse worsens with age, doesn't it? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2008;48(6):587-91.
20. Perrouin-Verbe M A, Phé V, Référentiel du collège d'urologie, 4^{ème} édition, Chapitre 07, Incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé. 2016.
21. Hunskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan MC, Nelson R, Sillén U, et al. Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP). 58.
22. INSERM, Réseau sentinelle. Évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale 2007.
23. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence:: The Norwegian EPINCONT Study. *J ClinEpidemiol*.2000;53(11):1150-7.
24. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170(6):1713-20; discussion 1720-1723.
25. McGuire EJ, Lytton B, Pepe V, Kohorn EI. Stress Urinary Incontinence. *Obstet Gynecol*. 1976;47(3):255-64.
26. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *ObstetGynecol Clin North Am*. 1998;25(4):723-46.
27. Faltin D-L. Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *J GynecolObstetBiol Reprod*.2009;38(8 Suppl):S146-52.
28. Vergeldt TFM, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *IntUrogynecology J*.2015;26(11):1559-73.
29. Mouritsen L, Hulbaek M, Brostrøm S, Bogstad J. Vaginal pressure during daily activities before and after vaginal repair. *IntUrogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18(8):943-8.
30. Jelovsek JE, Barber MD, Paraiso MFR, Walters MD. Functional bowel and anorectal disorders in patients with pelvic organ prolapse and incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(6):2105-11.
31. Kahn MA, Breitkopf CR, Valley MT, Woodman PJ, O'Boyle AL, Bland DI, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST) and bowel symptoms: Straining at stool is associated with perineal and ante-

- rior vaginal descent in a general gynecologic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1516-22.
32. Morgan DM, DeLancey JOL, Guire KE, Fenner DE. Symptoms of anal incontinence and difficult defecation among women with prolapse and a matched control cohort. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(5):509.e1-509.e6.
 33. Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu J-WY, Lubner KM. Prevalence and Co-Occurrence of Pelvic Floor Disorders in Community-Dwelling Women. *Obstet Gynecol.* 2008;111(3):678-85.
 34. Zhu Y-C, Deng S-H, Jiang Q, Zhang Y. Correlation Between Delivery Mode and Pelvic Organ Prolapse Evaluated by Four-Dimensional Pelvic Floor Ultrasonography. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 2018;24:7891-7.
 35. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2013;120(2):152-60.
 36. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tairac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, Riethmuller D, Verspyck E, Gachon B, Pierre F, Artzner F, Jacquetin B, Fritel X. : Prévention et protection périnéale en obstétrique: Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018 Dec;46(12):893-899.
 37. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1997;104(5):579-85.
 38. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):917-27.
 39. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S, Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* 2003;348(10):900-7.
 40. Wilson PD, Herbison P, Glazener C, McGee M, MacArthur C. Obstetric Practice and Urinary Incontinence 5-7 Years After Delivery. *Neurourol Urodyn.* 2002.
 41. Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barnabei VM, Iglesia C, et al. Effects of Estrogen With and Without Progestin on Urinary Incontinence. *JAMA.* 2005;293(8):935-48.
 42. Lifford KL, Curhan GC, Hu FB, Barbieri RL, Grodstein F. Type 2 Diabetes Mellitus and Risk of Developing Urinary Incontinence. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(11):1851-7.
 43. Subak LL, King WC, Belle SH, Chen J-Y, Courcoulas AP, Ebel FE, et al. Urinary Incontinence Before and After Bariatric Surgery. *JAMA Intern Med.* 2015;175(8):1378-87.
 44. Wing RR, Creasman JM, West DS, Richter HE, Myers D, Burgio KL, et al. Improving urinary incontinence in overweight and obese women through modest weight loss. *Obstet Gynecol.* 2010;116(2 Pt 1):284-92.
 45. Sun S, Liu D, Jiao Z. Coffee and caffeine intake and risk of urinary incontinence: a meta-analysis of observational studies. *BMC Urol.* 2016;16(1):61.

46. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD001308.
47. Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Umlauf MG, Roth DL, Richter HE, et al. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288(18):2293-9.
48. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (12):CD003882.
49. Lamers BHC, Broekman BMW, Milani AL. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *IntUrogynecology J.* 2011;22(6):637.
50. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *ObstetGynecol.* 2010;115(3):609-17.
51. Denys P, Kerdraon J. Le traitement conservateur de l'incontinence urinaire d'effort de la femme. *Pelvi-Périnéologie.* 2010;5(1):62-70.
52. Alhasso A, Glazener CMA, Pickard R, N'Dow JMO. Adrenergic drugs for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001842.
53. Malcolm G Lucas et al. *European Association of Urology.* 2012;62(6):1130-42.
54. X. Gamé, P. Rischmann, J.-F. Arnal, B. Malavaud. Rôle des estrogènes sur la physiologie et la physiopathologie du bas appareil urinaire. *Prog Urol,* 2013, 8, 23, 502-510.
55. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD001405.
56. Rai BPrasad, Cody JD, Alhasso A, Stewart L. Anticholinergic drugs versus non-drug active therapies for non-neurogenic overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD003193.
57. Broekhuis SR, Fütterer JJ, Hendriks JCM, Barentsz JO, Vierhout ME, Kluivers KB. Symptoms of pelvic floor dysfunction are poorly correlated with findings on clinical examination and dynamic MR imaging of the pelvic floor. *IntUrogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20(10):1169-74.
58. Kandadai P, Mcvay S, Larrieux J-R, O'Dell K. Knowledge and Comfort With Pessary Use: A Survey of US Obstetrics and Gynecology Residents. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2016;22(6):491-6.
59. O'Dell K, Atnip S, Hooper G, Leung K. Pessary Practices of Nurse-Providers in the United States. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2016;22(4):261-6.
60. Yune JJ, Siddighi S. Perceptions and Practice Patterns of General Gynecologists Regarding Urogynecology and Pelvic Reconstructive Surgery. *FemalePelvic Med Reconstr Surg.* 2013;19(4):225-9.
61. Jouve-Tronche Elodie, Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes et des patientes sur l'utilisation du pessaire gynécologique. Thèse d'exercice: Médecine: Université Clermont Auvergne: 2017CLFAM014.

62. G. BADER et al. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2005;34(5):513.
63. Haute Autorité de Santé. *Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale.* 2003.
64. D. Cado-Leclerc, T. Thubert, G. Demoulin, E. Faivre, C. Trichot, A. Naveau, X. Deffieux. Diffusion des recommandations pour la pratique clinique concernant l'incontinence urinaire de la femme. 2020. *Prog Urol*, 2012, 4, 22, 233-239.
65. H. Tonneau, B. Branger, F. Chauvin, J. Guerneur, J.Y. Grall Le périnée, qu'en savent les femmes ? *Rev Sage-Femme.* 2005;4(3):109-114.
66. Muhammad J, Muhamad R, Husain NRN, Daud N. Pelvic Floor Muscle Exercise Education and Factors Associated with Implementation among Antenatal Women in Hospital Universiti Sains Malaysia. *Korean J Fam Med.* 2019;40(1):45-52.
67. Neels H, Tjalma WAA, Wyndaele J-J, De Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. Knowledge of the pelvic floor in menopausal women and in peripartum women. *J Phys Ther Sci.* 2016;28(11):3020-9.
68. Fante JF, Silva TD, Mateus-Vasconcelos ECL, Ferreira CHJ, Brito LGO. Do Women have Adequate Knowledge about Pelvic Floor Dysfunctions? A Systematic Review. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019;41(08):508-19.
69. Berzuk, K., Shay, B. Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor-dysfunction: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J* 26, 837–844 (2015).

ANNEXES:

Annexe 1: Exemple de questionnaire de symptômes : PFID-20 (Pelvic Floor Distress Inventory).

NOM DATE

Questionnaire

sur les troubles de la statique pelvienne

Version courte (PFDI-20)

Instructions

Ce questionnaire porte sur certains symptômes intestinaux, urinaires ou pelviens ; il vous sera demandé si vous ressentez ces symptômes, et si oui, s'ils vous gênent. Merci de répondre à toutes les questions suivantes en cochant (✓) la ou les cases appropriée(s). Si vous hésitez sur une réponse, choisissez la réponse correspondant le mieux à votre cas. En répondant à ce questionnaire, prenez en compte les symptômes que vous avez ressentis au cours des 3 derniers mois.

Exemple

Pour la question suivante :

Si vous n'avez généralement **pas** de maux de tête, cochez simplement la case « Non ».

Avez-vous souvent des maux de tête ?

Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup

Si vous **avez** souvent des maux de tête, cochez la case « Oui » **et indiquez** à quel point ces maux de tête vous gênent. Par exemple, dans le cas ci-dessous, les maux de tête étaient *moyennement* gênants.

Avez-vous souvent des maux de tête ?

Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup

Les informations contenues dans ce questionnaire sont strictement confidentielles.

Avez-vous souvent l'impression que quelque chose appuie dans le bas du ventre ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent une sensation de pesanteur ou de lourdeur dans la région génitale ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?

- Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?

- Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?

- Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Arrive-t-il qu'une partie de votre intestin dépasse de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ?

- Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Allez-vous fréquemment uriner ?

- Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?

- Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous toussez, que vous éternuez ou que vous riez ?

- Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?

- Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?

- Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?

- Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
 1 2 3 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

**Veillez vérifier que vous avez répondu à toutes les questions.
Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.**

Calcul du score pour le questionnaire PFDI-20

Le questionnaire PFDI-20 comporte 20 questions couvrant 3 échelles. Toutes les questions utilisent le même format pour les choix de réponse, avec une note comprise entre 0 et 4 :

Avez-vous..... ?			
Non ; Oui			
= 0			
Si oui, cela vous gêne-t-il...			
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
= 1	= 2	= 3	= 4

Score pour chacune des échelles : reporter la note de la question correspondante. Calculer le score moyen pour les questions auxquelles la patiente a répondu (valeur entre 0 et 4), puis multiplier cette note par 25 pour obtenir le score pour l'échelle (compris entre 0 et 100). Les réponses manquantes sont sans effet puisque l'on utilise uniquement les questions auxquelles la patiente a répondu pour calculer la note moyenne.

Inventaire des symptômes de prolapsus génital (POPDI-6) Questions 1 à 6	Inventaire des symptômes colo-recto-anaux (CRADI-8) Questions 7 à 14	Inventaire des symptômes urinaires (UDI-6) Questions 15 à 20
1.....	7.....	15.....
2.....	8.....	16.....
3.....	9.....	17.....
4.....	10.....	18.....
5.....	11.....	19.....
6.....	12.....	20.....
	13.....	
	14.....	
Total :	Total :	Total :
/ 6	/ 8	/ 6
Score moyen :	Score moyen :	Score moyen :
X 25	X 25	X 25



Score total du PFDI-20 : ajouter les scores de chaque échelle afin d'obtenir le score total (compris entre 0 et 300).

Références :

1. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol* 2006 ; 193(1) : 103-113

Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire de la femme (CONTILIFE™)

Comment remplir le questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé au cours des 4 dernières semaines.

Choisissez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez ou avez ressenti au cours des 4 dernières semaines en ne donnant qu'une seule réponse par ligne.

Si vous n'êtes pas concernée par certaines activités (ex. : gêne pour prendre les transports en commun alors que vous n'en prenez pas), mettez une croix dans la case "non concernée".

Nous vous demandons d'essayer de répondre seule à ce questionnaire.

Pour répondre, faites une croix dans la case de votre choix.

Exemple : Au cours des 4 dernières semaines...

	Non concernée					
Question a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

En cas d'erreur, noircissez la mauvaise réponse et entourez celle qui s'applique le mieux à votre cas.

Nous vous remercions de votre collaboration.

➤ *Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :*

□□□□□□□□□□□□□□□□
Jour Mois Année

ACTIVITES QUOTIDIENNES

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormé- ment
1. lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. lorsque vous conduisiez ou vous faisiez conduire ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. lorsque vous montiez ou descendiez les escaliers ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. pour faire les courses ou des achats ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. pour attendre, faire la queue (bus, cinéma, supermarché...) ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix)

	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormé- ment
6. avez-vous dû vous interrompre fréquemment pendant votre travail ou vos activités quotidiennes ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
7. vous êtes-vous réveillée mouillée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SITUATIONS D'EFFORT

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormé- ment
8. pour soulever ou porter quelque chose de lourd ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. pour faire du sport (course à pied, danse, gymnastique) ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. lorsque vous vous êtes mouchée ou que vous avez éternué ou toussé ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. lorsque vous avez eu un fou rire ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

IMAGE DE SOI

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
12. vous êtes-vous sentie moins séduisante ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. avez-vous craint de " sentir mauvais " ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. avez-vous eu peur que les autres ne s'aperçoivent de vos troubles ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. avez-vous eu peur de faire des taches chez les autres ou au travail ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. avez-vous dû changer de tenue ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, malgré vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
17. vous êtes-vous sentie bien dans votre peau ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix)

	Je ne porte jamais de protections	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormé- ment
18. avez-vous été gênée par le fait d'avoir à porter des protections ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

RETENTISSEMENT EMOTIONNEL

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
19. vous êtes-vous sentie découragée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. avez-vous perdu patience ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. la crainte d'avoir des troubles urinaires vous a-t-elle préoccupée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir maîtriser vos réactions ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. vos troubles ont-ils été une obsession, une hantise pour vous ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. avez-vous dû penser à emporter des protections avant de sortir ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEXUALITE

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormé- ment
25. vous êtes-vous sentie anxieuse à l'idée d'avoir des rapports sexuels ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. avez-vous modifié votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. avez-vous craint d'avoir des fuites au cours des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

QUALITE DE VIE GLOBALE

28. Compte-tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous actuellement votre Qualité de Vie ?

(Entourez la réponse de votre choix)

1	2	3	4	5
Mauvaise				Excellente

Annexe 3 : Exemple de calendrier mictionnel et des apports hydriques proposé par les Hôpitaux Universitaires de Genève.

1^{er} jour Date : _____

	Heure 	Volume d'urine (ml) 	Sensation de besoin 					Fuites urinaires (x) 	Changement de protection (x) 	Boissons 	
			0	1	2	3	4			Volume (dl)	Type
Lever											
Total											

Codes concernant la sensation de besoin :

- 0 Vous n'avez pas envie d'uriner, mais vous y allez par précaution.
- 1 Envie normale d'uriner sans urgence.
- 2 Besoin pressant, mais qui est passé avant que vous alliez aux toilettes.
- 3 Urgence, mais vous avez pu arriver aux toilettes sans avoir eu de fuites urinaires.
- 4 Urgence, mais vous n'êtes pas arrivé à temps aux toilettes et avez perdu des urines.

Annexe 4 : Questionnaire de qualité de vie validé dans l'évaluation de l'IU par urgenteries : Echelle DITROVIE.

ECHELLE DITROVIE

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
(1) vous ont-ils gênés lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?	1	2	3	4	5
(2) vous ont-ils gênés pour faire les courses ou les achats ?	1	2	3	4	5
(3) vous ont-ils gênés pour porter quelque chose de lourd ?	1	2	3	4	5
(4) ont-ils nécessités que vous interrompiez fréquemment votre travail ou vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4	5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

	Jamais	Rarement	de temps en temps	souvent	en permanence
(5) avez-vous éprouvé un sentiment de honte, de dégradation ?	1	2	3	4	5
(6) avez-vous craint de sentir mauvais ?	1	2	3	4	5
(7) avez-vous perdu patience ?	1	2	3	4	5
(8) avez-vous craint de sortir de chez vous ?	1	2	3	4	5
(9) avez-vous été obligé de vous relever plusieurs fois <u>pendant</u> votre sommeil ?	1	2	3	4	5

(10) Compte tenu de vos troubles urinaires, comment évaluer vous actuellement votre qualité de vie ? (entourez la réponse de votre choix)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Excellente

Mauvaise

TOTAL :

SCORE GLOBAL : somme des scores aux 10 questions divisé par 10

INTERPRETATION DU SCORE :

1 = correspond à une patiente peu gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une excellente qualité de vie

5 = correspond à une patiente extrêmement gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une mauvaise qualité de vie

Annexe 5: Questionnaire à destination des participants.

Questionnaire portant sur la prise en charge des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire en médecine générale, il est destiné aux médecins généralistes exerçant une activité libérale dans le Calvados, la Manche ou l'Orne.

Madame, Monsieur,

Merci de répondre à ce questionnaire portant sur la prise en charge des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire en médecine générale.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des compétences et des pratiques cliniques dans la prise en charge de ces pathologies en soins primaires et, de déterminer quels sont les facteurs pouvant influencer leur prise en charge.

Il comporte 28 questions et ne vous prendra que quelques minutes. Il entre dans le cadre d'un sujet de recherche pour une thèse de médecine générale.

Les données recueillies seront traitées de façon confidentielle.

Vous concernant:

1. Vous êtes : Une femme
 Un homme

2. Agé(e) de : ans

3. Avez-vous une formation complémentaire en Gynécologie ? Oui
 Non

o si oui, quel type de formation et dans quelle université ?
.....

4. Quel(s) suivi(s) gynécologique(s) proposez-vous à vos patientes ?
 Suivi de contraception orale
 Frottis cervico-utérin
 Pose/retrait DIU
 Pose/retrait implant
 Prise en charge ménopause
 Suivi grossesse
 Aucun

o Si non, vous les adressez à : (plusieurs réponses possibles)
 Un(e) médecin généraliste pratiquant la gynécologie
 Un(e) gynécologue
 Un(e) sage-femme

5. Exercez-vous la gynécologie dans une autre structure que votre cabinet de médecine générale ? (Centre de planification, service d'orthogénie...) Oui
 Non
- Si oui, dans quelle structure ?

Concernant les prolapsus génitaux et l'incontinence urinaire féminine :

6. Sur 100 femmes âgées de plus de 20 ans, quelle est selon vous la fréquence des prolapsus génitaux symptomatiques?
 <10 10-25 25-50 50-75 >75
7. Sur 100 femmes âgées de plus de 20 ans, quelle est selon vous la fréquence de l'incontinence urinaire ?
 <10 10-25 25-50 50-75 >75
8. Sur les 12 derniers mois, pouvez-vous estimer, quelle est la fréquence des consultations dont le motif principal est un trouble de la statique pelvienne (IU ou prolapsus) ?
 1/jour 1/semaine 1/mois 1/3mois 1/6mois 1/an
9. Si lors d'une consultation dont le motif principal n'est pas un trouble de la statique pelvienne, une femme vous fait part d'éléments vous laissant penser qu'il puisse y en avoir un, proposez-vous une consultation dédiée ?
 Oui
 Non
10. Quel symptôme à l'interrogatoire a, selon vous, la meilleure valeur prédictive positive d'un prolapsus génital ? (une seule réponse possible)
 Pesanteur pelvienne ou périnéale
 Dyspareunies / douleurs pendant les rapports sexuels ?
 Sensation de boule vaginale
 Constipation terminale
 Sensation de miction incomplète, symptômes dysuriques
 Incontinence anale : gaz/selles
 Autre :
11. Quels sont selon vous les 3 principaux facteurs de risque de prolapsus et incontinence urinaire ?
 Tabac
 Obésité
 Multiparité
 Ménopause
 Âge
 Chirurgie pelvienne/ hystérectomie
 Autre :

12. Lorsqu'une femme vous consulte pour des symptômes liés à sa ménopause lui demandez-vous systématiquement si elle a des fuites urinaires ? Oui
 Non
13. Chez vos patientes présentant un ou plusieurs facteurs de risque de troubles de la statique pelvienne recherchez-vous systématiquement une IU ou un prolapsus ? Oui
 Non
14. Savez-vous reconnaître cliniquement un prolapsus génital ? Oui
 Non
15. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en première intention lors d'un diagnostic de prolapsus génital? (plusieurs réponses possibles)
 Aucun
 Echographie abdomino-pelvienne
 IRM pelvienne
 Scanner abdomino-pelvien
 Autre(s) :
16. En cas de diagnostic de prolapsus génital chez une femme pouvant coopérer:
- Prescrivez-vous de la rééducation périnéale en première intention ? Oui
 Non
 - Si non pourquoi ? Pas d'efficacité
 Trop cher
 Difficulté d'accessibilité
 Autre :
 - Prescrivez-vous un pessaire? Oui
 Non
 - Si non pourquoi ? Vous ne connaissez pas
 C'est un traitement à réserver aux femmes âgées
 Un traitement permettant uniquement de différer ou d'attendre une chirurgie inévitable
 Un traitement archaïque bon pour le musée
 Autre :
- Avez-vous eu l'occasion :
- d'en poser ? Oui
 Non
 - d'en remplacer ou nettoyer ? Oui
 Non
- Pensez-vous que la chirurgie soit le seul traitement efficace ? Oui
 Non

- Adressez-vous directement la patiente à un spécialiste ? Oui
 Non
 - Si oui, vers quel spécialiste ?.....
17. Si une femme se présente pour des fuites urinaires systématiques lorsqu'elle fait de la course à pied, qu'elle tousse ou qu'elle porte une charge lourde. Vous diriez qu'elle présente :
- Une incontinence urinaire par urgenturies
 - Une incontinence urinaire d'effort
 - Une incontinence urinaire mixte
18. Si une femme se présente pour des fuites urinaires lorsqu'elle doit attendre pour aller aux toilettes avec une impression de mal vider sa vessie et de devoir y retourner très souvent. Vous diriez qu'elle présente :
- Une incontinence urinaire par urgenturies
 - Une incontinence urinaire d'effort
 - Une incontinence urinaire mixte
19. Quel est selon vous le meilleur moyen pour évaluer la sévérité d'une incontinence urinaire ? (une seule réponse possible)
- EVA qualité de vie
 - Nombre de garnitures quotidiennes
 - Mise en place de manœuvre d'évitement par ex: arrêt du sport
 - Limitation des apports hydriques
 - Autre :.....
20. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en première intention lors d'un diagnostic d'incontinence urinaire? (plusieurs réponses possibles)
- Aucun
 - ECBU
 - Echographie abdomino-pelvienne
 - Bilan uro-dynamique
 - Scanner abdomino-pelvien
 - Autre(s) :.....
21. En cas de diagnostic d'incontinence urinaire :
- Pensez-vous que la chirurgie soit le seul traitement efficace ? Oui
 Non
 - Essayez-vous un traitement anticholinergique en première intention ? Oui
 Non
 - Adressez-vous directement la patiente à un spécialiste ? Oui
 Non
 - Si oui, vers quel spécialiste ?.....

22. Si vous prescrivez de la rééducation périnéale à qui adressez-vous vos patientes ? (plusieurs réponses possibles)

Un(e) kinésithérapeute

Un(e) sage femme

23. Faites vous d'autres propositions thérapeutiques pour prendre en charge vos patientes présentant des troubles de la statique pelvienne ?

24. Pensez-vous que la rééducation périnéale soit possible chez la femme âgée ? Oui
 Non

25. Y a-t-il selon vous un/des frein(s) au diagnostique et à la prise en charge des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire chez les femmes ? Oui
 Non

Si oui le(s)quel(s) :.....
.....
.....

26. Pensez-vous être suffisamment formé sur le sujet ? Oui
 Non

27. Aimeriez-vous l'être davantage ? Oui
 Non

○ Si oui, de quelle manière et par qui ? (FMC, lettre d'information... / gynécologue, SF, médecin généraliste)

28. Avez-vous des remarques sur le questionnaire ou le sujet ?
.....
.....

Si vous souhaitez avoir les résultats de cette enquête ou être contacté lorsqu'une formation sera mise en place sur ces sujets, merci de m'indiquer votre adresse mail :

.....
(Votre adresse mail sera utilisée uniquement pour vous communiquer les résultats de cette enquête et vous convier à une formation si vous le désirez)

Lucie JEANNE

Annexe 6 : Fiche d'information POP et IU à destination des médecins généralistes ayant répondu.

LES TROUBLES PELVI-PERINEAUX

Ils regroupent :

- L'incontinence urinaire ou anale (IU ou IA)
- Les prolapsus des organes pelviens (POP)
- Les troubles de vidange (urinaire ou anale)
- Les troubles sexuels
- Les douleurs pelvis-périnéales chroniques

L'étiologie de ces pathologies est multifactorielle et l'association avec les différents facteurs de risque parfois incertaine.

Epidémiologie :

Environ la moitié des femmes aura un trouble pelvis-périnéal au cours de sa vie. La prévalence globale de l'IU est estimée entre 25 et 45% selon les études. Lorsque l'on considère les fuites quotidiennes dans les populations de femmes au milieu de la vie ou âgées, ce taux diminue à 5-15% (1).

Concernant le POP, la prévalence et la sévérité augmentent avec l'âge. Sur des données de l'interrogatoire 2,9 à 11,4% des femmes ont des symptômes de POP, alors que 31,8 à 97,7% des femmes ont un prolapsus clinique en fonction de la classification utilisée (respectivement Baden ou POP-Q) (2). Environ 1 femme sur 9 devra subir une intervention chirurgicale avant 80 ans pour un trouble pelvi-périnéal.(3)

Prévention :

- Les règles hygiéno-diététiques (RHD) : les **mauvaises habitudes urinaires et défécatoires** (poussée abdominale, mauvaise position sur les toilettes, constipation) peuvent favoriser la survenue de troubles pelvi-périnéaux, comme la toux chronique (asthme, BPCO, tabagisme...), l'obésité (une **perte de poids entre 5 et 10%** doit faire partie de la prise en charge de première intention), les activités physiques inadaptées.

Il est important de dépister la **constipation**, conseiller l'utilisation d'un marchepied pour la selle, adopter une bonne position pour uriner (s'asseoir sur les toilettes est impératif). Dans le cas contraire, des troubles de vidange vésicale

peuvent apparaître favorisant les infections urinaires. La vessie est un muscle et peut s'entraîner (4). Le calendrier mictionnel permet de quantifier objectivement le **fonctionnement mictionnel** (Annexe 1).

L'apport hydrique quotidien doit être suffisant (1,5 à 2L/24h tous apports confondus), réparti tout au long de la journée et éventuellement **limité en fin de journée et la nuit** pour limiter les symptômes nocturnes. Il est fréquemment retrouvé dans les guidelines d'éviter ou **limiter les boissons pouvant être irritantes pour la vessie** (café, thé, boissons gazeuses), même si aucune preuve d'association entre consommation de café/caféine et IU n'est retrouvée à ce jour(5).

- La rééducation périnéale a plusieurs objectifs :

- elle vise à dépister les facteurs de risque et modifier les mauvaises habitudes du quotidien (activité physique, port de charges, habitudes urinaires et défécatoires...)
- elle comprend une rééducation spécifique des muscles du plancher pelvien (MPP): automatisation de la contraction, endurance, coordination et relaxation
- elle intègre également un travail dans les situations favorisant les fuites et un travail sur la posture

Différentes techniques peuvent être utilisées comme le travail manuel, le biofeedback, l'électrostimulation, les techniques de stabilisation lombopelviennes.

Les exercices appris avec le kinésithérapeute ou la sage-femme doivent être répétés quotidiennement, pour devenir automatiques dans les situations quotidiennes. Les mauvaises habitudes doivent être modifiées durablement.

La contraction des MPP permet de prévenir les épisodes d'IUE grâce au **verrouillage périnéal** avant l'effort (à automatiser). Elle est aussi efficace dans les IU par urgenterie (une contraction périnéale maintenue permet d'inhiber la contraction du détrusor, c'est le **réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur**). En

apprenant aux patientes à réagir différemment lors des sensations d'urgences, on limite les fuites urinaires (6).

La rééducation périnéale permet d'améliorer le support périnéal et de protéger le plancher pelvien en cas d'augmentation des pressions abdominales. Elle permet l'amélioration des symptômes du POP, sa sévérité et la qualité de vie associée au POP (7) et permet de diminuer les épisodes d'IA.

Nous détaillerons ensuite les prolapsus génitaux et l'incontinence urinaire.



LES PROLAPSUS GENITAUX

Définition : Le prolapsus génital est une hernie permanente ou intermittente d'un organe pelvien à travers la muqueuse vaginale.

On distingue 3 types principaux selon l'étage atteint :

- la **cystocèle** : protrusion de la vessie à travers la paroi antérieure du vagin
 - la **rectocèle** : protrusion du rectum à travers la paroi postérieure du vagin
 - l'**hystéroptose** : chute du col utérin dans le vagin
- Ils diffèrent du prolapsus rectal : protrusion trans-anale du rectum (chez les femmes et les hommes). De nombreux symptômes peuvent être associés au POP, le symptôme le plus fréquent et le plus spécifique étant la perception d'une « boule intravaginale » (8)(9).

Facteurs de risque :

- Facteurs prédisposants : La **qualité du collagène** (hyperlaxité ligamentaire, pathologies herniaires, syndrome de Marfan, maladie d'Ehlers-Danlos (1)).

- Facteurs acquis (entraînant une hyperpression abdominale chronique et traumatismes périnéaux) : les **efforts physiques réguliers**(10), la constipation (1), la **toux chronique**, la **parité** (11)(12)(13) et l'**hystérectomie** (surtout pour cure de POP) (14). L'**obésité** favoriserait également l'augmentation des pressions abdominales (les données sont contradictoires(15)).

L'âge, la parité, la ménopause, l'hystérectomie ou une cure chirurgicale de POP sont associés à une augmentation la gravité du POP (2).

Le rôle protecteur de la césarienne prophylactique n'est pas établi (16) et le **tabagisme** n'est pas associé au POP sur plusieurs études (1).

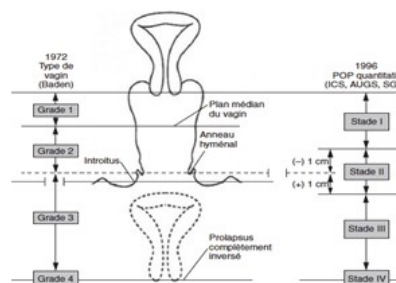


Figure 1 : Classification Baden [1972] et POP-Q [BUMP, 1996].

Classification des POP :

Il existe 2 classifications: celle de Baden et Walker (la plus simple) et le POP-Q.

La classification **POP-Q** (17), validée pour les études, définie 5 stades en fonction de la distance entre le point le plus bas de l'étage atteint et l'hymen (point de référence):

- stade 0 : absence de POP, tous les points sont à plus de 3 cm au-dessus de l'hymen.
- stade I : le point le plus bas du prolapsus reste à 1 cm au-dessus de l'hymen.
- stade II : le point le plus bas situé se situe entre + 1 cm et - 1 cm de part et d'autre de l'hymen.
- stade III : le point le plus bas situé est situé à plus de 1 cm sous l'hymen, mais la longueur de l'extériorisation reste au moins inférieure de 2 cm par rapport à la longueur vaginale totale.
- stade IV : tout point au-delà du stade III.

Bilan initial :

- Recherche systématique d'un autre trouble pelvis-périnéale associé (questionnaire PFID-20)
- Examen clinique : type de POP et stade, topicité locale
- Impact sur la qualité de vie (questionnaire PFID-7)

Examen complémentaire :

En dehors d'un prolapsus génital extériorisé en permanence, aucun examen n'est recommandé en première intention

Traitements :

- RHD (cf. plus haut)
- Rééducation périnéale (cf. plus haut)
- Pessaires : en première intention. Historiquement réservés aux femmes n'ayant pas accès à la chirurgie, ils sont aujourd'hui une alternative de choix à la chirurgie.
- Chirurgie : si échec des traitements non invasifs
- Médicament : aucun pour le POP.

L'INCONTINENCE URINAIRE

Définition :

L'ICS (International Continence Society) a défini l'IU comme toute plainte de perte involontaire d'urine (18).

Il existe trois grands types d'IU chez la femme :

- l'IU à l'effort (IUE) : fuite non précédée d'une sensation de besoin d'uriner, survenant lors d'un effort physique, de toux ou d'éternuements, elle est multifactorielle.
- l'IU par urgencies (IUU) : perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent et irrépressible d'uriner aboutissant à une miction non contrôlée. Elle peut s'intégrer dans un syndrome d'hyperactivité vésicale associant nycturies, pollakiuries et urgencies.
- l'IU mixte (IUM) : associe fuites à l'effort et urgencies.

Facteurs de risque :

Facteurs prédisposants : La **qualité du collagène** et il existerait une **prédisposition raciale** à l'IU (1)(19)(20).

Facteurs acquis :

La **grossesse**, la **parité** et l'**accouchement** sont des facteurs de risques classiques d'IU (16). La **ménopause** est intimement liée au facteur âge. Plusieurs études montrent un effet neutre ou protecteur de la ménopause naturelle(1).

Les **THM** par voie générale augmenteraient le risque par 2 d'IUE (21).

Le **tabac** est un facteur de risque d'IU même après l'arrêt (pour les patientes ayant fumé >15 PA)(22).

Le **diabète de type 2** est associé à une augmentation du risque d'IU et semble être associé à une augmentation de la sévérité de l'IU (23).

L'**obésité** constitue un des principaux facteurs de risque modifiables d'IU. (24).

Certaines études ont également retrouvé une association forte entre la prévalence de l'IU et la **démence** chez les femmes âgées, ainsi qu'avec la **dépression**(1) y compris la dépression du post-partum (21).

Bilan initial :

- Déterminer les circonstances de survenu et donc le type d'IU.
- Rechercher des éléments pouvant aggraver les symptômes : difficultés de mobilités, troubles cognitifs, iatrogénie.
- Mesurer l'importance des fuites et leur impact sur la qualité de vie (dans l'idéal par un questionnaire validé type ICIQ-SF).
- Examen clinique : Recherche systématique d'un autre trouble pelvi-périnéale, trophicité vulvo-vaginale, recherche de fuites à la manœuvre Valsalva et à la toux, recherche d'un prolapsus et évaluation du tonus du muscle élévateur de l'anus.

Examens complémentaires en première intention :

- IUE typique : aucun
- Si signes irritatifs : ECBU

Traitements :

- RHD (cf. plus haut)
- Rééducation périnéale (cf. plus haut)
- IUU typique :
Traitement hormonal local si besoin.
Chirurgie si échec des traitements non invasifs bien conduits.
- IUU :
Traitement médicamenteux oral si échec RHD+ rééducation périnéale
 - 1- Traitement hormonal local si besoin
 - 2- Anticholinergiques
 - 3- Stimulation nerf tibial postérieur (peut être proposé en 1^{ère} intention, peu d'effets indésirables)
 - 4- Desmopressine
 - 5- Toxine botulique ou beta-adrénérquiques
 - 6- Stimulation des racines sacrées (dernier recours car invasif)

Informations complémentaires :

Les pessaires :

Ils font parti du traitement de première intention et sont une véritable alternative à la chirurgie. Ils sont indiqués chez la majorité des patientes présentant un POP même extériorisé. Le taux de satisfaction des patientes est élevé, estimé autour de 80% (25) et l'amélioration quasi immédiate. Ils nécessitent une adaptation en fonction de la morphologie et la trophicité vaginale principalement. Il y a 2 règles simples : trop grand, il gêne et trop petit, il bouge ou tombe. Ils ont peu d'inconvénients et de complications possibles. Leur entretien est simple : nettoyage au savon et à l'eau tous les mois si la patiente le manipule sinon tous les 4 à 6 mois en consultation. (cf fiche pessaire du CHU de Caen)

L'hormonothérapie

Les traitements hormonaux locaux (ovules ou crème) peuvent être proposés s'il existe une atrophie vulvo-vaginale pouvant participer aux troubles.

L'action des œstrogènes sur l'hyperactivité vésicale reposerait sur l'amélioration de la vascularisation, de la densité des récepteurs alpha-adrénergiques et cholinergiques vésicaux, l'amélioration de la contractilité vésicale, la diminution de la réponse inflammatoire et l'amélioration de la neurotransmission afférente du réflexe mictionnel (26).

Une revue Cochrane de 2012 montrait que l'hormonothérapie locale entraînait une amélioration de l'IUE et des urgences de la femme ménopausée (27).

Ces traitements sont recommandés par l'AFU (Association Française d'Urologie) pour l'IUE ou sur l'urgences de la femme. Les modalités optimales de traitement (durée, posologie, crème ou ovules) ne sont pas précisées.

Les traitements hormonaux systémiques sont contre-indiqués chez les femmes ayant des antécédents de cancer du sein et peuvent altérer la continence et les traitements hormonaux locaux imposent une prudence et un avis du gynécologue.

Les anticholinergiques

Ils sont prescrits en première intention en cas d'IUU après élimination d'une infection urinaire et d'une rétention urinaire et en l'absence de contre-indications

secondaire à une polyurie nocturne (volume uriné > 20-33% de la diurèse des 24h).

Son efficacité a été démontrée sur la nycturie avec ou sans polyurie nocturne. Elle peut être associée aux anticholinergiques.

Les effets indésirables les plus fréquents sont les maux de tête, diarrhées, nausées, douleurs abdominales, malaises, sensation de bouche sèche et le risque d'hyponatrémie (particulièrement après 65 ans).

Elle est déconseillée s'il existe une insuffisance cardiaque, rénale ou un traitement par diurétiques : selon les recommandations de l'EAU en 2012 (29).

Stimulation du nerf tibial postérieur

C'est une des options thérapeutiques du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale qui peut être utilisé en première intention devant le faible profil d'effets secondaires possibles (saignements, douleurs modérées et inflammation au niveau du site d'application des électrodes)

Elle consiste en une stimulation électrique transitoire répétée du nerf tibial postérieur (issue des racines L4 à S3 innervant le périnée et la vessie) par voie transcutanée, grâce à 2 électrodes posées sur le bord interne de la cheville.

L'appareil est programmé pour délivrer une stimulation électrique pendant 20 minutes, ceci étant à répéter tous les jours pendant au moins 3 mois.

Les effets sur l'urgences peuvent être observés dès 15 jours de traitement.

C'est un traitement avantageux car il très peu de contre-indications (grossesse, pacemaker) et peu d'effets indésirables. En revanche, on dispose de moins de preuves scientifiques de son efficacité que pour la stimulation des racines sacrées ou la toxine botulique.

La toxine botulique A

Il s'agit de l'endotoxine produite par la bactérie Clostridium Botulinum qui s'oppose à la contraction du détrusor en inhibant la libération d'acétylcholine. Elle a un effet mixte, car impacte également sur les afférences et l'urothélium.

(dont l'association avec les anticholinestérasiques (anti-Alzheimer))(28). Après réalisation d'une échographie à la recherche d'un résidu post mictionnel. Cinq anticholinergiques ont l'AMM en France : le chlorhydrate d'oxybutinine, le chlorure de trospium, latolderodine, la solifenacine et la fesoterodine.

Une méta-analyse Cochrane sur plus de 60 études de niveau de preuve 1 ou 2 montrait l'intérêt thérapeutique des anticholinergiques. Une efficacité chez près de 60% des patients neurologiques ou non était retrouvée avec : une diminution du nombre de miction, du nombre de fuites toute cause et sur urgences, une diminution des urgences, et montre également une amélioration de l'impression globale des patients, et de leur qualité de vie.

Les bêta-3 agonistes

Le bêta-3 agoniste utile, selon les recommandations de l'EAU (European association of urology) 2015, est le mirabégron. C'est un agoniste sélectif des récepteurs bêta 3-adrénergiques. Il induit un relâchement du détrusor, permettant d'augmenter les volumes mictionnels moyens, et de diminuer la fréquence des mictions.

Il a l'AMM européenne depuis 2012, et en France depuis 2014, dans les symptômes d'hyperactivité vésicale. La HAS a déboursé ce traitement jugeant le service médical rendu insuffisant en 2018, devant un rapport bénéfices / effets secondaires mal établi.

Trois études de phase III ont en effet montré une efficacité modeste versus placebo du mirabégron. Il permettait de diminuer le nombre de fuites toute cause (-0,55/l), le nombre de mictions quotidiennes (-0,4/j), le nombre de fuites par urgences (-0,4/j), ainsi que le nombre d'urgences (- 0,6/j).

La desmopressine

La desmopressine est un analogue de l'hormone antidiurétique (ADH), elle favorise la réabsorption d'eau libre et entraîne une diminution de la diurèse dès 15 à 30 minutes après la prise, avec un effet maximal 2 à 3 heures après la prise. Elle a l'AMM en France pour l'énurésie de l'enfant de plus de 6 ans et est utilisée chez l'adulte dans le traitement de la nycturie (réveil nocturne par l'envie d'uriner, précédé et suivi de sommeil) et de l'incontinence urinaire nocturne

Le traitement se fait par voie cystoscopique, en ambulatoire, il est pratiqué 10 à 30 injections dans le détrusor, sous anesthésie locale ou courte sédation.

L'AMM date de 2014 pour le traitement des patients avec hyperactivité vésicale idiopathique c'est-à-dire chez les patientes ayant au moins 3 épisodes d'IUU sur 3 jours et au moins 8 mictions/jour et ne répondant pas de manière adéquate aux anticholinergiques (après 3 mois de traitement) et à une rééducation périnéale bien conduite ou intolérants aux anticholinergiques.

Elle est également utilisée dans la prise en charge de l'hyperactivité vésicale d'origine neurologique (pathologies dégénératives ou traumatiques).

Stimulation des racines sacrées

Elle peut être proposée en dernier recours dans la prise en charge de l'IUU ou d'hyperactivité vésicale résistante aux anticholinergiques.

Elle consiste à stimuler les racines sacrées S2, S3 et S4 impliquées dans l'innervation vésicale et périnéale, et permet de moduler la contractilité et la sensibilité du périnée et de la vessie.

Elle nécessite l'implantation d'un boîtier d'électrostimulation sous-cutanée sous anesthésie locale.

Les avantages sont qu'elle n'entraîne pas de rétention urinaire (contrairement à la toxine botulique) et qu'elle peut améliorer les autres symptômes périnéaux éventuels (constipation, incontinence anale, douleurs).

Ses inconvénients sont le risque infectieux, le coût important et la fréquence des pannes imposant des réinterventions chirurgicales.

Des preuves limitées issues de petits essais laissent penser que c'est une meilleure option chez les patients réfractaires aux anticholinergiques. Plus de données sont nécessaires (30).

Annexe 7 : Fiche d'information sur les pessaires à destination des professionnels de santé du CHU de CAEN.

Pour qui?

- pour la majorité des patientes présentant un prolapsus
- même une patiente présentant un prolapsus extériorisé peut bien répondre au pessaire (en particulier si elle n'est pas en surpoids)

Quel type?

- anneau : en 1ère intention dans la plupart des cas
- cube : en 1ère intention pour les femmes jeunes
- dish : en cas d'incontinence urinaire associée
- donut : en 2e intention en cas de prolapsus extériorisé

PREFERER LE SILICONE AU LATEX

Quelle taille?

Pessaire anneau:

- dans la plus part des cas, la taille 70mm (taille 4) est adapté pour les femmes non ménopausées ou ayant une bonne trophicité vaginale
- la taille 76mm (taille 5) peut être utilisée en cas de grande cavité vaginale avec une bonne trophicité
- la taille 64mm (taille 2) sera préféré chez les femmes ménopausées avec une atrophie vaginale

Pessaire Cube:

- un pessaire Cube de 36 ou 38mm (ou un Gyn&Cube taille standard) sera le plus souvent adapté

TOUJOURS ESSAYER LA PLUS PETITE TAILLE NE GENANT PAS OU NE TOMBANT PAS

2 RÈGLES SIMPLES:

- 1) TROP GRAND => IL GÈNE
- 2) TROP PETIT => IL BOUGE OU IL TOMBE

Inconvénients (à expliquer à la patiente +++)

- il est normal qu'il y ait des pertes vaginales avec un pessaire
- le pessaire peut descendre à l'orifice vaginal ou être perdu lors de la défécation ou du sport

Complications possibles

- saignements dus à des érosions vaginales
- infection
- douleurs
- incarceration vaginale (en cas de pessaire négligé)

Il est possible de traiter une érosion vaginale en conservant le pessaire

Oestrogénothérapie locale

- à proposer facilement chez la femme ménopausée
- en crème ou en capsule vaginale
- si contre indiqué: gel à base d'acide hyaluronique

Nettoyage du pessaire

- laver le pessaire à l'eau et au savon
- **pessaire cube:** dans l'idéal, nettoyage tous les jours (ou minimum 1 fois par semaine)
- **autres pessaires:** nettoyage minimum tous les 4-6 mois, idéalement tous les 15 jours à 1 mois (si nettoyé par la patiente)
- en cas de bonne tolérance, le nettoyage d'un pessaire anneau peut être espacé



FICHE PRATIQUE DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS



70% 80%**

efficacité

satisfaction

Comment le poser ?

1. Vessie vide
2. En position gynécologique
3. Lubrifier le pessaire si besoin
4. Plier le pessaire entre le pouce et l'index de la main dominante en cas de pessaire anneau ou cube
5. Écarter les petites lèvres avec la main non dominante
6. Introduire le pessaire dans le vagin
7. LE PESSAIRE DOIT SE BLOQUER EN ARRIERE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE
8. Le col utérin se positionne au centre de l'anneau dans la plupart des cas

Une fois le pessaire posé :

1. Il ne doit pas faire mal
2. Passer une pulpe de doigt entre le pessaire et la paroi vaginale pour vérifier l'absence de tension tissulaire
3. Tester la tolérance et la stabilité : en position debout et accroupie, faire tousser et marcher +++

Pour le pessaire DISH :

positionner le bouton sous l'urètre.

Une vidange vésicale peut se faire lors de l'insertion du pessaire. Il faut alors rassurer la patiente et insister sur l'intérêt du pessaire qui permettra une meilleure vidange de la vessie

Il peut être utile d'avoir une boîte de pessaire test. Dans ce cas, il suffira de le positionner protégé par un gant. Ainsi la patiente pourra acheter directement le pessaire adapté.

Comment l'enlever ?

En cas de pessaire anneau:

1. Repérer les encoches du pessaire avec l'index
2. Crocheter le pessaire avec l'index
3. Faire faire au pessaire une rotation afin de ramener une des encoches dans l'axe du vagin
4. Tracter doucement et en continu jusqu'à son ablation

En cas de pessaire cube:

1. Suivre la ficelle avec l'index
2. Passer l'index entre le pessaire et la paroi vaginale pour enlever l'effet de succion
3. Crocheter le pessaire avec votre index.
4. Tracter doucement jusqu'à son ablation.
5. NE PAS TIRER SUR LA FICELLE

Pose d'un pessaire



Retrait d'un pessaire



Il n'est pas nécessaire de changer un pessaire silicone tous les ans

**Martin et al. Prog Urol 2020 / Nohuz et al. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018

Surveillance

QUAND?

- prévoir une consultation de contrôle 15 jours à 1 mois après la 1ère pose
- puis tous les 4-6 mois si la patiente n'est pas autonome
- à adapter en fonction des capacités de la patiente à le nettoyer
- si patiente autonome: 1 fois par an

PAR QUI?

- gynécologue, sage-femme, médecin traitant, kinésithérapeute ou infirmière (soumis à prescription)

COMMENT?

- A l'interrogatoire : Rechercher des pertes vaginales, des saignements, des fuites urinaires, l'absence de trouble de la vidange vésicale, la stabilité du pessaire lors des activités de la vie quotidienne ou de la selle
- Après ablation du pessaire:
 1. Rechercher une érosion vaginale au spéculum
 2. Évaluer l'intégrité du pessaire
 3. Rincer à l'eau savonneuse
 4. Repositionner (en l'absence de complication)

Un changement de couleur du pessaire peut se voir mais ne nécessite pas nécessairement de changer le pessaire. Il faudra le changer en cas de fissure ou cassure visible en surface

TYPE	PRINCIPE	INDICATION	MANIPULATION	HYGIENE	COMPATIBLE AVEC ACTIVITE SEXUELLE	AVANTAGES
ANNEAU	SOUTIEN (faire passer les sécrétions vaginales)	1ERE INTENTION	FACILE	NON QUOTIDIEN	COMPATIBLE	UTILISATION INTERMITTENTE POSSIBLE
CUBE	COMPLEMENT (ne laisse pas passer les sécrétions vaginales)	1ERE INTENTION	INTERMEDIAIRE	QUOTIDIEN	INCOMPATIBLE	FEMME JEUNE
DONUT	COMPLEMENT	Prolapsus de grade 3-4 (en 2 ^{ème} intention)	DIFFICILE	NON QUOTIDIEN	INCOMPATIBLE	Prolapsus sévère
DISH	SOUTIEN	Prolapsus associé incontinence urinaire d'effort (UC)	INTERMEDIAIRE	NON QUOTIDIEN	COMPATIBLE	RUE ASSOCIÉE

TOUS LES PESSAIRES PEUVENT ETRE AUTOGERES PAR LA PATIENTE (pessaire DONUT : manipulation plus difficile)

Information de la patiente +++

- Prévenir la patiente de la possibilité d'essayer différentes formes et tailles avant de trouver le pessaire adapté +++
- Sexualité possible avec le pessaire anneau en place
- Education au retrait et à la pose possible en consultation
- Modalités de surveillance et nettoyage à expliquer
- Augmentation des pertes vaginales fréquente
- Le pessaire peut bouger. S'il n'est pas gênant et reste efficace, il n'est pas nécessaire de le repositionner
- Inconvénient principal: expulsion (défécation, sport)
- Complications devant amener à consulter: saignements, douleurs, difficultés de vidange vésicale
- Possibilité d'utilisation à la demande (activités physiques, jardinage...)
- Correction de la constipation indispensable
- Un pessaire en silicone peut durer 3 à 5 ans

CHU CAEN NORMANDIE

Service Gynécologie Obstétrique

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : JEANNE Lucie

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Évaluation des connaissances et des pratiques cliniques concernant la prise en charge des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale sur le territoire de l'ex Basse-Normandie.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : les troubles pelvi-périnéaux sont très fréquents et rassemblent différentes pathologies dont l'incontinence urinaire(IU) et les prolapsus génitaux(POP). Environ 1/9 femme subira une chirurgie avant 80 ans pour un POP et, 15 à 50% des femmes seraient atteintes d'IU selon les études. Ces troubles impactent la qualité de vie aussi bien sur les plans psychique, social que sexuel. Ils sont associés à des tabous limitant les consultations pour ces problématiques. De nombreux médecins généralistes(MG) ne sont pas à l'aise avec ces pathologies. Le but de l'étude était d'évaluer les connaissances et les pratiques cliniques concernant la prise en charge des POP et de l'IU de la femme, en médecine générale, sur le territoire de l'ex Basse-Normandie.

Méthode : étude descriptive transversale quantitative par questionnaire. La population a été constituée par tirage au sort des MG; puis le questionnaire a été diffusé aux maitres de stages universitaires du territoire par mail, web ou réalisé par téléphone.

Résultats : parmi les 503 MG sollicités, 81 réponses étaient exploitables (16,1%). 97,5% des MG proposaient un suivi gynécologique au moins partiel. 95,1% savaient reconnaître un POP et 85,2% prescrivaient la rééducation périnéale en 1^{ère} intention. Seulement 1/3 avait déjà prescrit/manipulé un pessaire et, 1/3 ne les connaissait pas. 100% avaient reconnu l'IU d'effort et 81,5% l'IU par urgenterie. 70,3% des MG évoquaient des freins à leur prise en charge (tabou et leur manque de formation (72,8%)).

Conclusion : les MG se sentent concernés par ces pathologies mais expriment des difficultés de prise en charge du fait des tabous et du manque de formation.

MOTS-CLÉS :

Troubles pelvi-périnéaux, Prolapsus génitaux, Incontinence urinaire, Médecine générale, Femme, Connaissances, Pratiques cliniques, Basse-Normandie

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Assessment of knowledge and clinical practices regarding the medical care of genital prolapse and urinary incontinence in women, in general medical practice, on the territory of ex-Basse-Normandie.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction: pelvic-perineal disorders are very common and bring together different pathologies including urinary incontinence (UI) and pelvic organ prolapse (POP). About 1 in 9 women will have surgery before age 80 for a POP and 15 to 50% of women have UI according to studies. These disorders impact the quality of life on the psychic, social and sexual levels. They are associated with taboos limiting consultations for these issues. Many general practitioners (GPs) are not comfortable with these pathologies. The aim of the study was to assess knowledge and clinical practices concerning the management of POPs and UI in women, in general medical practice, in the territory of the former Basse-Normandie.

Method: quantitative cross-sectional descriptive study by questionnaire. The population was formed by drawing lots for MGs; then the questionnaire was distributed to the masters of university internships in the territory by email, web or by telephone.

Results: among the 503 GPs solicited, 81 responses were usable (16.1%). 97.5% of GPs offered at least partial gynecological follow-up. 95.1% knew how to recognize a POP and 85.2% prescribed perineal rehabilitation in 1st intention. Only 1/3 had ever prescribed or handled a pessary and, 1/3 didn't know about them. 100% recognized exertional UI and 81.5% recognized Urge UI. 70.3% of GPs mentioned obstacles to their care (taboo and lack of training (72.8%)).

Conclusion: GPs feel concerned by these pathologies but express difficulties in taking charge due to taboos and lack of training.

KEY WORDS :

Pelvic-perineal disorders, Pelvic organ prolapse, Urinary incontinence, General medicine, Women, Knowledge, Clinical practices, Basse-Normandie