

## Incontinence urinaire chez les athlètes

*Le PELVICENTER est un dispositif médical de classe IIa -93/42/CE.*

L'incontinence urinaire (IU) se définit comme la **perte involontaire d'urine**. Cette affection est fréquente chez les personnes âgées, mais elle peut également toucher les jeunes adultes, hommes comme femmes particulièrement lors de la pratique sportive. L'incontinence urinaire peut avoir un **impact sur la santé et la qualité de vie des athlètes**. La **prévalence peut être sous-estimée**, car certains patients n'informent pas les professionnels de santé due au tabou qui règne autour de ce sujet.

Il existe 5 types majeurs d'incontinences urinaires. Les femmes sportives sont quant à elles **plus susceptibles de développer des incontinences urinaires d'effort**.

Lorsque la **pression à l'intérieur de l'abdomen augmente** en raison d'un effort, elle est **transmise à la vessie**. Cela engendre une **pression à l'intérieur de la vessie plus élevée** que dans l'**urètre**. Pour un bon fonctionnement de la miction (= action d'uriner) et de la continence urinaire, la pression intra-urétrale doit être plus élevée que la pression intra-vésicale, tant au repos que dans les activités qui demandent un effort.

### Étiologie (1)

Il existe 5 types majeurs d'incontinence urinaire:

1. **L'incontinence urinaire d'effort** est une fuite involontaire d'urine qui se produit lors d'une augmentation de la pression intra-abdominale (par exemple, lors d'un effort, d'un éternuement ou d'une toux) en raison d'une faiblesse du sphincter urétral et/ou du plancher pelvien. Les jeunes femmes actives dans le domaine du sport peuvent souffrir de ce type d'incontinence. En outre, les femmes enceintes et les femmes ayant accouché peuvent être sujettes à l'incontinence urinaire d'effort.
2. **L'incontinence urinaire par impériosité** est une fuite involontaire d'urine qui peut être précédée ou accompagnée d'une sensation d'urgence urinaire (mais qui peut aussi être asymptomatique) en raison de l'hyperactivité du détrusor (muscle qui tapisse la paroi de la vessie). Les contractions peuvent être causées par une irritation de la vessie ou une perte de contrôle neurologique.
3. **L'incontinence urinaire mixte** est la fuite involontaire d'urine causée par une combinaison d'incontinence urinaire d'effort et par impériosité telle que décrite ci-dessus.
4. **L'incontinence urinaire par regorgement** est la fuite involontaire d'urine d'une vessie trop distendue en raison d'une altération de la contractilité du détrusor et/ou d'une obstruction à la sortie de la vessie. Les maladies neurologiques telles que les lésions de la moelle épinière, la sclérose en plaques et le diabète peuvent altérer la fonction du détrusor. L'obstruction de la sortie de la vessie peut être causée par une compression externe due à des masses abdominales ou pelviennes et à un prolapsus des organes pelviens, entre autres.
5. **L'incontinence urinaire fonctionnelle** est une fuite involontaire d'urine due à l'impossibilité d'utiliser des toilettes (mobilité réduite).

## Questionnaire validé sur l'IU à incorporer dans la pratique:

Pour évaluer la prévalence de l'IU, il est possible d'utiliser une forme courte de « l'Inventaire de Détresse Urogénitale » (UDI-6). Ce questionnaire évalue les symptômes de l'incontinence urinaire. Le questionnaire UDI-6 contient **six questions concernant des symptômes** tels que les mictions fréquentes, les fuites liées à une sensation d'urgence, les fuites liées à l'activité physique, la toux ou les éternuements, les petites fuites (gouttes), la difficulté à vider la vessie, la douleur ou la gêne dans la région abdominale ou génitale inférieure.

Les « **3 Questions sur l'Incontinence** » (3IQ) est un bref questionnaire qui peut être utile pour distinguer l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence par impériosité, l'incontinence urinaire mixte et d'autres causes. Le 3IQ permet de prédire l'incontinence urinaire d'effort avec une **spécificité allant jusqu'à 92 %**.



## Épidémiologie

**On estime qu'environ 423 millions de personnes (de 20 ans et plus) dans le monde souffrent d'une forme d'incontinence urinaire.**

La prévalence estimée pour les différents types d'incontinence urinaire est la suivante:

- **Incontinence urinaire d'effort** - 24% à 45% chez les femmes de plus de 30 ans.
- **Incontinence urinaire par impériosité** - 9 % chez les femmes de 40 à 44 ans ; 31 % chez les femmes de plus de 75 ans ; 42 % chez les hommes de plus de 75 ans.
- **Incontinence urinaire mixte** - 20 à 30 % des personnes souffrant d'incontinence chronique.
- **Incontinence urinaire par regorgement** - 5% des personnes souffrant d'incontinence chronique.

- **Incontinence urinaire fonctionnelle:** pas de données actuellement.

On a rapporté une prévalence de l'IU de 28 à 29,6 % chez les athlètes féminines, contre 9,8% à 13,4 % chez les non-athlètes. Pour de nombreuses jeunes sportives qui souffrent d'IU, la discussion sur ce sujet reste un tabou dans notre société actuellement, il est donc essentiel de fournir des informations et une éducation appropriée sur le sujet.

**35 % des participants aux Jeux olympiques d'athlétisme ont eu des fuites urinaires pendant cette période.** La prévalence de l'IU chez les athlètes est associée au type d'activité et varie de 5,56% dans les activités à faible impact à 80% chez les gymnastes pratiquant le trampoliner (activité avec le volleyball ayant le taux d'IU d'effort le plus élevé).

### **Chez les sportives d'endurance? (2)**

Une étude de Poświata et al., a constaté que **50%** des sujets (sur 112 sujets au total) de l'étude perdaient de **petites quantités d'urine.**

Chez 27% des personnes interrogées, l'incontinence était associée à un **sentiment d'urgence d'uriner.** Environ 45% des participantes ont signalé des **fuites urinaires associées à un éternuement ou à une toux,** ce qui indique des symptômes d'incontinence urinaire d'effort. Dans l'ensemble du groupe qui a signalé des symptômes d'incontinence urinaire à l'effort et dans celui qui a signalé une incontinence urinaire par impériosité, environ **19% des athlètes féminines ont signalé une incontinence mixte.**

Les autres problèmes associés à l'appareil urinaire, signalés dans le questionnaire, étaient les suivants: **mictions fréquentes (58%), douleur ou gêne dans la région abdominale ou génitale inférieure (36%) et problèmes de vidange de la vessie (33%).**

Poświata et al., ont également comparé les données entre deux sports d'endurance, le ski de randonnée et les coureuses. Ils ont pu conclure que les **conditions météorologiques** telles que la **température et l'humidité n'ont pas d'impact sur les symptômes de l'IU.**

Les données obtenues ont également montré, sur une échelle de 0 à 100, dans quelle mesure les athlètes trouvaient les symptômes d'IU gênants:

- 29,5% n'étaient **pas gênés** par les symptômes de détresse urogénitale,
- 43% des participants étaient **légèrement gênés par les symptômes,**
- 18,75% étaient **modérément gênés,**
- 8% étaient **significativement gênés** et
- 0,89% étaient **fortement gênés.**



## Facteurs de risques

Les **troubles de l'alimentation** chez les athlètes féminines sont un facteur de risque d'IU. La prévalence de l'IU est de **49,5 % chez les athlètes souffrant de troubles de l'alimentation**, contre 38,8 % chez les athlètes en bonne santé.

Une **diminution de la mobilité du pied** a été associée à l'IU chez les athlètes féminines, ce qui suggère que la manière dont les **forces d'impact sont absorbées peut affecter la survenue de l'IU**.

Une **BPCO et de l'asthme peuvent être des facteurs aggravants** de l'incontinence urinaire, car ils induisent une toux ce qui engendre une pression intra-vésicale élevée.

Un **recensement des antécédents gynécologiques** doit également être effectué lors de l'anamnèse. Le **nombre d'enfants et quelle mode de délivrance** furent réalisés est important à connaître, car cela représente un facteur de risque pour les IU. La **naissance par voie basse est plus à risque de développer des IU**, mais la césarienne ne protège pas pour autant des IU.

Des preuves scientifiques ont mis en évidence que la **génétique** joue également un rôle prépondérant pour l'apparition des IU. (4)

**L'obésité est un facteur de risque** pour l'apparition des IU, notamment pour les IU d'effort où les femmes en situation d'obésité ont **deux fois plus de risques**. (5) Il est également intéressant de savoir que plus on avance dans l'âge plus le risque de développer des troubles urinaires augmente.

## Traitement

Le traitement et la prise en charge dépendent du type d'incontinence urinaire. Il existe des modalités conservatrices, pharmacologiques et chirurgicales. Le traitement et la prise en charge doivent **commencer par les méthodes les moins invasives, puis s'intensifier selon les besoins.**

#### **Incontinence urinaire d'effort:**

- Traitement conservateur - thérapie comportementale (contrôle de la consommation de liquides, miction provoquée, etc.), stimulation électrique, dispositifs mécaniques (cônes, pessaires, bouchons urétraux), renforcement des muscles du plancher pelvien (exercices de Kegel et des muscles du plancher), perte de poids.
- Traitement chirurgical - ballons intravésicaux, injections trans- ou péri-urétrales d'agents gonflants, procédures de fronde, urétropexie.

La prise en charge par un kinésithérapeute pour les incontinences urinaires doit être réalisée en **première intention**. En effet, le **renforcement musculaire du plancher pelvien** a montré son efficacité dans la prise en charge des IU d'effort. La **qualité de vie fut augmentée** à la suite des exercices de renforcements du plancher pelvien. Cependant, les **résultats furent supérieurs** lorsque les **exercices étaient supervisés par un kinésithérapeute plutôt que réalisés en autonomie**, mais lors des deux interventions les résultats étaient satisfaisants. (3)

#### **Incontinence urinaire par impériosité:**

- Traitement conservateur - similaire au traitement de l'incontinence urinaire d'effort, à l'exception des dispositifs mécaniques.
- Traitement chirurgical - neuromodulation, injection d'onabotulinumtoxinA.

#### **Incontinence urinaire mixte:**

- Traitement et prise en charge comme ci-dessus, en se concentrant sur les symptômes dominants.

Les médicaments doivent être revus par les médecins, et les substances telles que la **caféine et l'alcool doivent être évitées** si elles contribuent à l'incontinence.

#### **Nouvelle technologie**

Le **PELVICENTER** est un appareil médical utilisé pour **travailler le plancher pelvien et les muscles à proximité de celui-ci**. Ce dispositif est basé sur les OMP « **ondes magnétiques pulsées** » provoquant des **contractions musculaires** des muscles du plancher pelvien et des zones musculaires périphériques (fessiers, cuisses, lombaires). L'appareil repose sur la technologie des « **stimulations magnétiques extracorporelles** ». En effet, un système de stimulation implanté dans le siège produit de courtes pulsations magnétiques d'une durée de 200 à 500 microsecondes et d'une densité magnétique dont le flux est de 3.3 Tesla maximum. La technologie employée par le PELVICENTER est appuyé par des études parues au « Journal Of Urology » montrant des effets encourageants sur le long terme pour les personnes ne souhaitant pas avoir recours à des techniques invasives.

Ces impulsions vont activer les nerfs moteurs des muscles du plancher pelvien de manière ciblée et donc provoquer leurs contractions de manière alternées avec un moment de repos. Cette méthode de travail est non invasive, la séance se réalise habillée, sans aucune douleur. Un moment d'adaptation est nécessaire



pour le patient, car la contraction musculaire intense peut être perturbante lors des premières séances, mais le patient se familiarise vite avec l'appareil.

**Une séance dure 15 minutes et un protocole de 8 à 16 séances est préconisé.** Évidemment ce dispositif peut et doit être utilisé en coopération avec une prise en charge thérapeutique conservatrice et médicale selon le cas, le tout encadré par le kinésithérapeute et le médecin.

PELVICENTER dispose de plusieurs protocoles en fonction de la pathologie du patient, il vient compléter l'offre de soins pour faciliter la vie et le confort du patient et du praticien spécialiste médical.

Vous pouvez trouver de nombreuses informations sur le site web <http://pelvi-up.fr> et n'hésitez pas à nous envoyer un mail à l'adresse suivante [contact@neuroxtrain.com](mailto:contact@neuroxtrain.com) si vous **souhaitez avoir plus d'informations sur le PELVICENTER ou pour le tester ou l'acheter si vous êtes un centre de soin.**



*Tout le contenu de cet article est présenté à titre informatif. Il ne remplace en aucun cas l'avis ou la visite d'un professionnel de santé.*

#### **Sources:**

- (1) Tran, L. N., & Puckett, Y. (2021). Urinary Incontinence. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Article sous Creative Commons Attribution 4.0 International License.
- (2) Poświata, A., Socha, T., & Opara, J. (2014). Prevalence of stress urinary incontinence in elite female endurance athletes. *Journal of human kinetics*, *44*, 91–96. Article sous Creative Commons Attribution license.
- (3) Radzimińska, A., Strączyńska, A., Weber-Rajek, M., Styczyńska, H., Strojek, K., & Piekorz, Z. (2018). The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Clinical interventions in aging*, *13*, 957–965. Article sous Creative Commons Attribution Non Commercial License 3.0.
- (4) Wennberg, A. L., Altman, D., Lundholm, C., Klint, A., Iliadou, A., Peeker, R., Fall, M., Pedersen, N. L., & Milsom, I. (2011). Genetic influences are important for most but not all lower urinary tract symptoms: a population-based survey in a cohort of adult Swedish twins. *European urology*, *59*(6), 1032–1038.
- (5) Lawrence, J. M., Lukacz, E. S., Liu, I. L., Nager, C. W., & Luber, K. M. (2007). Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women: findings from the Kaiser Permanente Continence Associated Risk Epidemiology Study. *Diabetes care*, *30*(10), 2536–2541.