

# Incontinence urinaire et obésité chez la femme [Obesity and female urinary incontinence].

Julie Pommereau-Lathelize, Xavier Fritel

► **To cite this version:**

Julie Pommereau-Lathelize, Xavier Fritel. Incontinence urinaire et obésité chez la femme [Obesity and female urinary incontinence].. Revue du Praticien (La), J B Bailliere et Fils, 2011, 61 (7), pp.971-2. <inserm-00780853>

**HAL Id: inserm-00780853**

**<http://www.hal.inserm.fr/inserm-00780853>**

Submitted on 24 Jan 2013

**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.

# **INCONTINENCE URINAIRE ET OBESITE CHEZ LA FEMME**

Julie Pommereau-Lathelize

Xavier Fritel

Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction, CHU de Poitiers,

Université de Poitiers, France

L'incontinence urinaire (IU) est une pathologie fréquente chez la femme. Près de 4 millions de personnes sont touchées par l'IU en France, dont ¾ de femmes. De nombreux facteurs de risque de l'IU ont été identifiés : traumatiques (obstétricaux, chirurgicaux), dégénératifs (vieillesse, neuropathie, altération des fonctions supérieures), et hygiéno-diététiques.

Selon l'enquête *Obepi* (enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France), la prévalence de l'obésité chez les adultes en France (définie par un IMC supérieur à 30kg/m<sup>2</sup>) a augmenté de 70% en 12 ans et il existe actuellement 14,5 % d'obèses dans notre pays. L'obésité a augmenté de façon plus importante chez les femmes, passant de 8,3 à 15,1 % entre 1997 et 2009. Cette augmentation de l'obésité plus marquée chez les femmes concerne notamment les obésités sévères et morbides.

### **L'obésité, facteur de risque d'incontinence urinaire (IU)**

La majorité des études retrouve une augmentation du risque d'IU chez les obèses [1]. Il semble exister une véritable relation linéaire entre l'augmentation du risque d'IU et l'augmentation de l'IMC (Figure) : l'augmentation de 5kg/m<sup>2</sup> d'IMC, augmente le risque d'IU de 20 à 70% [1,2]. L'obésité accentue également la sévérité de l'IU.

### **Quel type d'IU chez l'obèse ?**

La prévalence de l'IU d'effort (IUE) augmente avec l'IMC [2]. Certaines études retrouvent une augmentation de la prévalence de l'IUE lorsque la circonférence abdominale est augmentée [1,3]. En effet, il semble exister une relation entre le mode de répartition de la graisse et le type d'incontinence urinaire. Une augmentation du rapport taille/hanche est un facteur de risque d'IUE et d'IU mixte (IUM) [1,3]. La figure met en évidence la prédominance de l'IUM et de l'IUE chez des patientes obèses et l'augmentation des 3 types d'IU avec l'augmentation de l'IMC.

### **Le mécanisme physiopathologique de l'association obésité-IU**

L'influence éventuelle des adipocytes, de l'inflammation ou de substances biologiques sur les mécanismes de la continence n'est pas connue. La principale hypothèse émise pour expliquer l'augmentation de la prévalence de l'IU chez l'obèse est que l'obésité augmente la pression intra-abdominale (par l'augmentation de la masse de la paroi abdominale), qui augmente à son tour la pression sur la vessie et la mobilité urétrale [1]. Ce mécanisme d'hyperpression abdominale provoqué par la paroi abdominale serait similaire à celui de l'utérus gravide.

De fait, avec une perte de poids, il est rapporté une amélioration des paramètres urodynamiques avec une diminution de la pression intra vésicale et une augmentation de la pression de fuite (Valsalva leak point pressure) [1].

## **L'impact de la perte de poids dans la prise en charge**

L'étude de Subak, prospective et randomisée, a comparé un groupe de femmes en surpoids ou obèses présentant des fuites urinaires et bénéficiant d'un programme hygiéno-diététique complet (associant un régime et une activité physique), à un groupe de femmes ayant les mêmes IMC entrant dans un programme éducatif simple. La perte de poids dans le groupe faisant le programme complet a permis de réduire les fuites urinaires de 46 %, contre seulement 25 % dans l'autre groupe [4]. Les résultats s'obtiennent dès une perte de poids modérée. Une perte de poids de 5 à 10 % du poids initial, permettait une amélioration dans 60 % des cas [5]. Le bénéfice sur la diminution des fuites urinaires se poursuit sur les 12 mois suivant la perte de poids, la satisfaction des patientes atteignant au moins 18 mois [6].

## **La chirurgie de l'IU chez l'obèse**

L'évaluation des traitements autres que les bandelettes sous-urétrales (BSU) a principalement été faite par de petites études rétrospectives, qui ne montrent pas d'augmentation du taux d'échecs fonctionnels dans cette population. En ce qui concerne les BSU, certains auteurs signalent une augmentation de la morbidité peropératoire, des complications précoces et des urgences de novo chez les patientes obèses [7,8,10]. Pour d'autres, les résultats sont identiques à ceux obtenus chez des femmes de poids normal [7,9]. La majorité des auteurs s'accordent sur l'amélioration des symptômes ressentis par les patientes et l'amélioration de la qualité de vie de 6 à 24 mois après l'intervention [8-10].

## **La chirurgie de l'obésité et l'IU**

Quelques études ont étudié les effets obtenus par la chirurgie bariatrique sur l'IU. La réduction de l'IMC de 49kg/m<sup>2</sup> à 30kg/m<sup>2</sup> permet une diminution de l'IU de 67% à 37% chez ces patientes sur 12 mois, et ce quel que soit le type d'IU [11].

## **Conclusion**

L'importance de l'obésité est étroitement corrélée à la prévalence et la sévérité de l'incontinence urinaire, quel qu'en soit le type. La prise en charge hygiéno-diététique doit être le traitement de première intention.

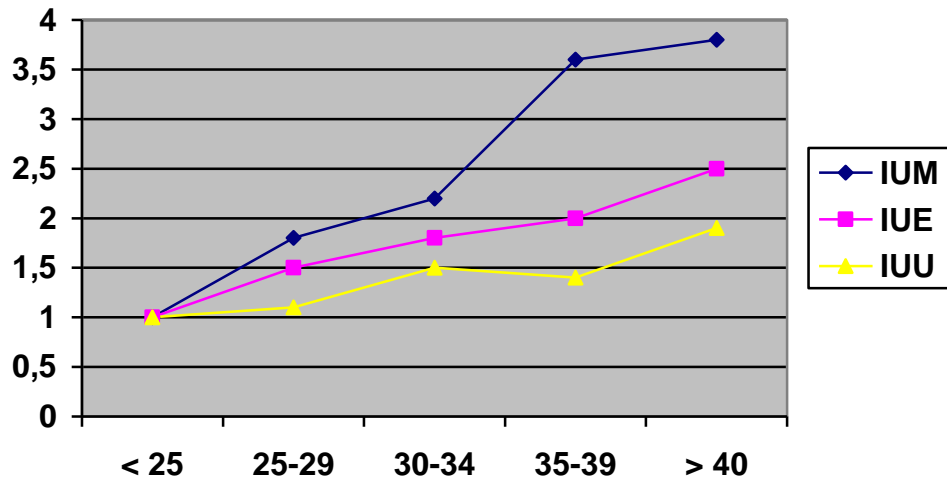


Figure : Risque d'IU par type en fonction de l'IMC (OR ajusté sur l'âge, la parité, la toux et la dyspnée) d'après Leslee [1]. IUE : Incontinence urinaire d'effort ; IUU : Incontinence urinaire par urgenturie ; IUM : Incontinence urinaire mixte associant IUE et IUU.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

1. Leslee L, Subak, Richter HE. Obesity and urinary incontinence : epidemiology and clinical research update. J Urol 2009;182:S2-S7.
2. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence ? The Norwegian EPICONT study. BJOG 2003;110:247-54.
3. Han MO, Lee NY, Park HS. Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006;17:35-9.
4. Subak LL, Wing R, West DS. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. N Engl J Med 2009;360:481-90.
5. Subak LL, Whitcomb E, Shen H. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. J Urol 2005;174:190-5.
6. Wing RR, West DS, Grady D. Effect of weight loss on urinary incontinence in overweight and obese women : results at 12 and 18 months. J Urol 2010;184:1005-10.
7. Debodinance P, Hermieu JF. Traitement chirurgical de l'incontinence urinaire féminine par bandelette sous-urétrale : Laquelle ? Comment ? Gynecol Obstet Fertil 2010;38:607-619.
8. Haverkorn RM, Williams BJ, Kubricht WS. Is obesity a risk factor for failure and complications after surgery for incontinence and prolapse in women? J Urol 2011;185:987-992.
9. Fatton B. Chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme obèse. Pelvi Perineo 2010 5:39-44.
10. Mukherjee K, Constantine G. Urinary stress incontinence in obese women: tension-free vaginal tape is the answer. BJU Int 2001;88:881-3.
11. Burgio KL, Richter HE, Clements RH. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. Obstet Gynecol 2007;110:1034-40.