

Prolapsus et incontinence urinaire chez la femme : la place du médecin généraliste

Prolapse and urinary incontinence in women : place of the general practitioner

A. Pastijn, S. Vasseur, F. Deneft, M. Caillet, F. Janssens et S. Rozenberg

Service de Gynécologie-Obstétrique, Clinique de Périnéologie, CHU Saint-Pierre, ULB

RESUME

Le vieillissement de la population ayant un accès à des soins de santé de qualité, mène à une augmentation de la prévalence des pathologies du périnée. Ces personnes, souvent en bonne santé, auront des difficultés à accepter des pathologies fonctionnelles associées à une perte de qualité de vie car ces pathologies du périnée représentent un large éventail de pathologies fonctionnelles. On estime qu'une femme sur 2 aura un jour un problème périnéal, 1 sur 9 devra subir une intervention chirurgicale périnéale avant l'âge de 80 ans.

Le caractère unitaire du périnée, région anatomique fonctionnelle complexe, est malheureusement souvent oublié, au départ parce que les patientes se présentent chez leur médecin pour une plainte bien spécifique sans se rendre compte de cette unité et de l'association de différents symptômes comme l'incontinence urinaire, le prolapsus génital, la constipation et des troubles sexuels et douloureux. Notre rôle en tant que professionnel de santé est de ne pas négliger ces plaintes associées, afin d'avoir une qualité de soin optimale.

L'évolution actuelle vers le développement des trajets de soin avec l'intégration standardisée des soins en extrahospitalier est évidente. Nous avons tenté dans cet article de donner une revue des moyens préventifs, diagnostiques et thérapeutiques applicables dans le cabinet du médecin généraliste. La prise en charge du périnée devrait toutefois avoir lieu de manière globale et de préférence pluridisciplinaire. La référence vers les centres pluridisciplinaires comme également l'intégration du médecin généraliste dans les trajets de soin, surtout pour les cas plus complexes, est essentielle.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 273-9

ABSTRACT

The ageing of the population, having access to good quality of care, will result in an increase in the prevalence of pelvic floor diseases. Those persons, often in good general health, may experience difficulties in accepting functional pathologies, associated with loss in quality of life. One out of 2 women will have a pelvic floor problem and 1 out of 9 will have a surgical perineal procedure before the age of 80 years. The unitary character of the pelvic floor, a complex functional anatomic region, is often forgotten, essentially because the patients complain about one main pathology like urinary incontinence, genital prolapse, constipation and sexual disorders or chronic pain and will consult one specific specialist. Our role as health care professionals is to be aware of those associated pathologies and to obtain an optimal quality of care.

The actual evolution towards specific clinical pathways with the integration of office provided care outside the hospital, needs to become the new standard of care. We try to give an overview of the different preventive, diagnostic and therapeutic options, available in a general practitioner's office. Taking care of the pelvic floor needs to be done in a global and pluridisciplinary setting. Referring towards specialised centres as well as the integration of the general practitioner, especially for the more complex cases, is essential.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 273-9

Key words : urinary incontinence, prolapse, clinical pathway pelvic floor, general practitioner

INTRODUCTION

L'évolution actuelle vers une population de plus en plus âgée, ayant eu accès à des soins de santé de qualité, mène à une augmentation de la prévalence des pathologies du périnée. Ces personnes souvent en bonne santé, auront des difficultés à accepter ces conditions qui peuvent diminuer fortement leur qualité de vie.

La demande de traitements des pathologies du périnée augmentera certainement. Une projection vers le futur réalisée aux Etats-Unis montre qu'il y aura une augmentation de 28,1 millions de femmes présentant au moins une pathologie du périnée, voire même 43,8 millions en 2050¹. Durant cette période, le nombre de femmes présentant une incontinence urinaire augmentera de 55 %, une incontinence fécale de 59 % et un prolapsus de 46 %.

Les pathologies du périnée représentent un large éventail de pathologies fonctionnelles, dont les plus fréquentes sont l'incontinence urinaire et anale, le prolapsus génital et les problèmes de vidange (urinaire et anale) ainsi que les problèmes sexuels et les douleurs chroniques. L'étiologie est souvent multifactorielle dans laquelle les grossesses et accouchements, un travail physique lourd, le sport et le surpoids jouent un rôle très important. Malheureusement, on retrouve régulièrement une histoire d'abus sexuel : tandis que les conséquences psychiatriques à long terme sont relativement bien connues, les conséquences somatiques et en particulier périnéales sont très peu étudiées. On estime **qu'une femme sur deux** aura un jour un problème périnéal et **qu'une femme sur neuf** devra subir une intervention chirurgicale périnéale avant l'âge de 80 ans². Tous âges confondus, 15-50 % des femmes rapportent la présence d'une incontinence urinaire^{3,4}. Celles-ci ne sont certainement pas que des femmes institutionnalisées car chez 59 % des femmes enceintes, on remarque une incontinence urinaire dont ¼ persiste durant la période du *postpartum*, mais qui finalement se résout dans la majorité des cas⁵.

Le coût de l'incontinence urinaire aux Etats-Unis tourne autour des 12 milliards de dollars par an : 70 % sont utilisés dans les soins de routine comme par exemple le matériel antifuite⁶. A côté de ce facteur économique, l'impact psychosocial est très important influençant fortement la qualité de vie des patientes. Les problèmes du périnée ont une influence négative au niveau du bien-être physique, social, émotionnel et sexuel⁷. Ces problèmes sont cependant un problème de santé publique et nécessitent une prise en charge qualitative, standardisée et pluridisciplinaire.

Le caractère unitaire de cette région anatomique fonctionnelle complexe est malheureusement souvent oublié, au départ parce que les patientes se présentent chez leur médecin pour une plainte bien spécifique sans se rendre compte de cette unité et ni de l'association des différents symptômes. Notre rôle en

tant que professionnel de santé est de ne pas négliger ces plaintes associées, afin d'avoir une qualité de soin optimale.

De plus, l'organisation actuelle des soins de santé évolue d'un soin individuel vers des soins de santé de population. Les barrières traditionnelles seront abandonnées pour évoluer vers des algorithmes " basés sur l'évidence " et ceci du diagnostic jusqu'au traitement. Le remboursement évolue dans ce même sens où le modèle " frais à payer " est de plus en plus abandonné pour arriver vers un modèle " basé sur la valeur " ⁷.

On a démontré que le travail en équipe interdisciplinaire est un des facteurs les plus importants permettant d'obtenir des soins d'une haute performance. Cette collaboration et communication multidisciplinaires doivent avoir lieu dans le cadre d'une transversale et de prises de décisions d'un commun accord (" *shared decision making* ") ⁸. Le respect et la confiance entre collègues intra- et extrahospitaliers sont dans cette idée encore plus importants et essentiels.

L'évolution actuelle vers le développement des trajets de soin avec l'intégration standardisée des soins en extrahospitalier est évidente, d'où l'importance de la discussion ci-dessous. Offrir des soins adaptés aux patients près de son domicile permet d'organiser les soins de manière beaucoup plus efficace. Un système de travail en collaboration étroite entre le spécialiste intra hospitalier et le médecin généraliste permet d'optimiser les trajets de soins.

Sans oublier ce caractère unitaire du périnée avec ses différentes pathologies associées, les auteurs ont opté pour une discussion par pathologie afin de présenter une vue structurée sur la prise en charge et la place du médecin généraliste dans ce trajet du prolapsus génital et de l'incontinence urinaire.

INCONTINENCE URINAIRE

L'incontinence urinaire étant définie comme des pertes urinaires involontaires sans notion quantitative, est une des pathologies chroniques les plus fréquentes. Tous âges confondus, on retrouve de l'incontinence urinaire chez plus d'une femme sur deux⁹.

Bien sûr, l'âge joue un rôle important et la prévalence chez des femmes plus âgées (> 60 ans) est de 34 %, alors que 12 % présentent des fuites de manière journalière. Pour les femmes d'âge moyen et les jeunes, la prévalence est légèrement plus basse et s'élève à 25 %¹⁰.

Malgré ces chiffres, l'incontinence urinaire reste malheureusement taboue et est souvent banalisée, même dans les médias, malgré son impact sur la qualité de vie. Les acteurs de première ligne ont un rôle très important dans la prise de conscience, la prévention, la discussion et l'éventuel traitement. Dans cet esprit, tout commence par une bonne écoute et

anamnèse. Ceci permet de bien cerner la problématique, mais surtout de mettre en route toute une série de mesures hygiéno-diététiques.

Types d'incontinence urinaire

Il y a principalement deux types d'incontinence urinaire : une incontinence urinaire à l'effort due essentiellement à un problème mécanique de soutien ; et une incontinence urinaire d'urgence qui est plutôt un problème fonctionnel de stockage. Les deux types peuvent parfois être présents de manière concomitante.

Prévention

L'origine des pathologies du périnée est multifactorielle et il est difficile de comprendre l'importance relative de chaque facteur chez un individu ou dans une population spécifique. Il est néanmoins utile de comprendre l'impact des facteurs de risque afin d'éventuellement aider à la prévention où les médecins généralistes jouent bien sûr un rôle primordial.

Le facteur prédisposant le plus important est **la grossesse et d'autant plus l'accouchement** par voie basse. La discussion sur les modes d'accouchement et les conséquences à long terme nous mène trop loin du sujet, mais il est nécessaire d'informer nos patientes sur ce risque potentiel.

Parmi les **mesures hygiéno-diététiques**, il est surtout nécessaire d'éviter les conditions qui augmentent la pression intra-abdominale. **La constipation chronique, les toux chroniques sur asthme, BPCO ou tabac ainsi que l'obésité ou une activité physique lourde** provoquent une hyperpression abdominale. Plusieurs études ont par exemple démontré une amélioration des fuites urinaires à l'effort comme d'urgence chez les patientes qui perdent du poids¹¹.

L'apport hydrique devrait être abordé avec tout le monde : il faut essayer de boire plus d'un litre et demi par jour. L'apport de boissons effervescentes et la caféine sont également à éviter. Certaines patientes boivent la nuit ce qui est évidemment inutile et absolument à éviter.

Une **bonne hygiène mictionnelle** est souvent non existante car des mauvaises habitudes s'instaurent déjà durant l'enfance. Il faut expliquer à nos patientes et leurs enfants qu'une vessie peut être entraînée et que des mictions préventives sont totalement inutiles. Une miction toutes les deux heures est idéale, moins est inutile et plus ne pose pas de problème, le standard étant une fréquence urinaire idéale entre quatre et huit fois par jour. A ce stade, il pourrait être utile d'utiliser un calendrier mictionnel dans le cadre préventif familial.

Plusieurs études démontrent également une association entre le **tabac** en soi et l'incontinence

urinaire. Après correction de troubles de dyspnée et de toux chroniques, on observe que les patientes ayant fumé plus de 20 cigarettes par jour ou un paquet de cigarettes durant 15 ans continuent à avoir plus d'incontinence urinaire, même après l'arrêt du tabac¹².

L'état hypo-oestrogénique change les muqueuses vaginales et urétrales, donc ceci pourrait théoriquement avoir un impact sur l'incontinence. Une revue Cochrane démontre que l'incontinence urinaire peut effectivement être améliorée lors de l'utilisation d'oestrogènes locaux. L'utilisation d'un traitement hormonal substitutif pourrait par contre aggraver l'incontinence urinaire¹³.

Diagnostic

L'anamnèse et l'examen physique sont les premiers pas importants dans l'évaluation. Un premier diagnostic peut être réalisé à l'aide de tests relativement simples qui permettront d'instaurer un traitement initial.

Anamnèse

Une liste de questions, qui vous aidera à comprendre l'importance du problème et de mieux cibler le diagnostic et donc le traitement (tableau 1).

L'anamnèse devra être complétée par des questions sur l'historique médical et chirurgical ainsi que la médication actuelle (tableau 2).

Calendrier mictionnel

Le calendrier mictionnel (tableau 3) est une méthode semi-objective afin de quantifier les symptômes. Des incohérences entre les symptômes mentionnés et la réalité peuvent ainsi être démontrés. (*Evidence de grade 2b*)¹⁴. Malheureusement, il n'existe pas de calendrier mictionnel validé à ce jour.

Examen physique

L'examen physique consiste essentiellement en un examen gynécologique avec une attention spécifique sur la trophicité et les pertes vaginales abondantes qui pourraient être confondues avec des fuites urinaires. Ensuite, on apprécie à l'aide de la valve postérieure d'un spéculum bivalvulaire l'éventuel prolapsus. Cet examen ce fait au Valsalva. Ceci permet également de vérifier la mobilité urétrale et la présence d'une éventuelle incontinence urinaire à l'effort. Parfois une incontinence urinaire à l'effort n'est observée qu'au moment d'une toux. Certains médecins préfèrent évaluer la mobilité urétrale à l'aide d'un coton-tige dans l'urètre. Une évaluation de la possibilité de contraction du releveur de l'anus et de sa force devrait faire partie intégrante de l'examen physique.

Autres tests

L'examen peut être complété par un " *PAD-test* ",

Tableau 1 : Questionnaire d'évaluation de l'incontinence urinaire.

Quelle est votre plainte principale ?		
Est-ce que vous perdez des urines quand vous faites un effort, par exemple tousser ou éternuer ? (augmentation de la pression intra-abdominale)		IUE
Est-ce que cela vous arrive d'avoir des fuites lors des rapports sexuels (pénétration)		IUE
Est-ce que ces fuites sont minimales, modérées ou sévères ?		IUE
Est-ce que vous avez du mal à vous retenir, d'arriver à temps à la toilette, par exemple en rentrant à la maison, en s'approchant d'une toilette ou en faisant couler de l'eau ?		IUU
Est-ce que cela vous arrive d'avoir des fuites lors des rapports sexuels à l'orgasme ?		IUU
Est-ce que ces éventuelles fuites sont minimales, modérées ou sévères ?		IUU
Est-ce que les fuites vous obligent à porter une protection et si oui, laquelle et combien de fois devez-vous la changer ?		
Combien de fois par jour allez-vous uriner ?		< 8/jour
Combien de fois vous réveillez-vous la nuit pour uriner ?		≥ 2/nuit
Est-ce que vous avez déjà eu des infections urinaires ?		
Est-ce que vous avez de douleurs en urinant ou des urines sanglantes ?		Exclure infection, néoplasie
Est-ce que vous avez l'impression de ne pas vider votre vessie et de devoir la vider en plusieurs fois ?		Obstruction/ prolapsus
Que buvez-vous et en quelle quantité ?		
IUE : Incontinence Urinaire à l'Effort ; IUU : Incontinence Urinaire liée à des Urgenturies		

Tableau 2 : Questionnaire concernant l'historique médical et chirurgical de la patiente et la médication.

Diurétiques	Polyurie, pollakiurie, urgenturie
Analgésiques narcotiques	Rétention urinaire, sédation
Anticholinergiques	Rétention urinaire, difficulté de vidange vésicale
Antihistaminiques	Effet anticholinergique, sédation
Antidépresseurs	Effet anticholinergique, sédation
Antipsychotiques	Effet anticholinergique, sédation
Sédatifs, hypnotiques	Sédation, confusion, relâchement musculaire
Bloquants alpha-adrénergiques	Incontinence urinaire à l'effort
Agonistes alpha-adrénergiques	Rétention urinaire

Tableau 3 : Exemple de calendrier mictionnel.

Date	Heures	Boissons (ml et type)	Mictions (ml)	Urgences	Fuites	Selles
Jour 1						
Jour 2						
Bilan		Total : ml	Total : ml		Protections :	Total :

souvent utilisé dans les pays anglophones. Ce test consiste essentiellement à peser les pertes urinaires dans une protection hygiénique durant une période bien définie.

Un examen microscopique des urines doit également faire partie de la mise au point, afin d'exclure la présence d'une infection urinaire.

Traitement

Le traitement comportemental est le " *gold standard* " des traitements conservateurs. Ce sont différentes méthodes de contrôle vésical comme les exercices du plancher pelvien, *biofeedback*, inhibition vésicale et entraînement vésical. En 1948, Kegel a développé une technique d'exercices des muscles du plancher pelvien afin d'améliorer la coordination et la prise de conscience du périnée¹⁵. Au fil des années, ce traitement a évolué vers un traitement qui combine traitement comportemental et physique.

La littérature démontre que ces traitements sont efficaces dans la diminution de l'incontinence urinaire à l'effort, l'incontinence urinaire d'urgence et l'incontinence mixte¹⁶. Même si la majorité des patientes ne sera pas guérie par cette approche, elles vont au moins obtenir une amélioration significative.

Incontinence urinaire à l'effort

Rééducation pelvienne

Même si une partie des patientes devra finalement subir de la chirurgie, de préférence via des centres spécialisés pluridisciplinaires, une grande partie pourra être aidée par des traitements comportementaux.

Dans ces techniques de rééducation pelvienne, il est important qu'un kinésithérapeute soit présent lors de l'apprentissage des exercices, afin d'aider les femmes à bien comprendre et connaître leur plancher pelvien et ses muscles. Une fois que la patiente a compris comment contracter et relâcher ces muscles, il y a lieu de faire des exercices tous les jours, le but étant d'apprendre à utiliser ces muscles dans la pratique. Il est dans ce cas également important d'apprendre aux patientes à contracter leur périnée en prévention d'un épisode d'incontinence urinaire à l'effort.

Médication

Plusieurs médicaments ont été utilisés dans le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort, dont le but principal est d'augmenter la résistance et la force du sphincter urétral. Aucun n'est actuellement reconnu par la *Food and Drug Administration* (FDA) dans cette indication.

Pessaires

Historiquement, l'utilisation des pessaires était réservée aux patientes n'ayant pas accès à la chirurgie. Néanmoins, il existe une tendance à les utiliser chez des femmes lors d'une activité sportive ou simplement dans la vie quotidienne. Il existe malheureusement très peu d'études sur le sujet. Une étude récente randomisée a comparé l'utilisation du pessaire au traitement comportemental dans le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort. Après 3 mois, les patientes ayant eu un traitement comportemental étaient plus satisfaites du résultat (75 % dans le groupe comportemental versus 63 % dans le groupe pessaire, $P = 0,02$) et avaient moins d'incontinence urinaire (49 % dans le groupe comportemental versus 33 % dans le groupe pessaire, $P = 0,006$)¹⁷.

Finalement, si l'état de la patiente ne s'améliore pas ou si cette dernière n'est pas satisfaite après ces traitements conservateurs ou dans le cas d'une situation plus complexe, une prise en charge spécialisée pluridisciplinaire est indiquée. Une mise au point plus approfondie et une éventuelle chirurgie peut alors être envisagée.

Incontinence urinaire d'urgence

Rééducation pelvienne

Traditionnellement, la rééducation pelvienne, c'est-à-dire les exercices physiques, est utilisée plutôt dans le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort. Néanmoins, les contractions volontaires périnéales peuvent inhiber les contractions du muscle Détrusor. Dans la rééducation comportementale, les exercices périnéaux font partie intégrante du traitement. On apprend aux patientes à réagir différemment sur une sensation d'urgence : au lieu de courir vers une toilette, on leur apprend à se poser, à attendre, éventuellement à s'asseoir, à relâcher tout son corps, à effectuer des contractions rapides et répétitives afin de calmer la vessie et éviter la fuite. Une étude contrôlée analysée en " intention de traiter " montre une diminution des épisodes d'incontinence urinaire d'urgence de 60 à 80 %¹⁸.

Médication

Plusieurs traitements non-invasifs sont disponibles mais dans une situation de prise en charge extrahospitalière, les traitements anticholinergiques et les agonistes alfa3-adrénergiques sont les traitements les plus couramment utilisés.

Comme l'origine est souvent idiopathique, il est conseillé d'essayer au moins 3 médicaments différents avant de déclarer que la patiente ne répond pas au traitement. Dans ce cas, il est judicieux d'envoyer la patiente dans un centre spécialisé où on peut évaluer si un autre traitement comme des injections de Botox, SNTP (Stimulation du Nerf Tibial Postérieur), neuromodulation..., pourrait être utile.

PROLAPSUS GENITAL

Le prolapsus génital est défini selon l'ICS (*International Continence Society*) comme une descente d'un ou plusieurs compartiments combinés : paroi vaginale antérieure, paroi vaginale postérieure, apex ou dôme vaginal. L'examen physique et la symptomatologie permettent de faire le diagnostic.

La prévalence basée sur un examen physique est plus élevée que celle basée sur le rapport des symptômes (2,9-8 % versus 41,1 %) ^{19,20}. De là découle également la notion de prolapsus symptomatique et non symptomatique. En général, un prolapsus qui ne descend pas au-delà de l'hymen est rarement symptomatique, sauf s'il mène à une sensation de poids vaginal.

Les actions préventives possibles sont comparables à celles qui ont été discutées au sujet de l'incontinence urinaire.

Diagnostic

Anamnèse

Les patientes présentant un prolapsus génital symptomatique signalent le plus souvent des symptômes de boule vaginale, une pression ou un poids vaginovulvaire, comme parfois une simple sensation d'inconfort. Des symptômes associés urinaire, rectal et sexuel, comme la miction obstructive et une constipation terminale qui nécessite un aide manuelle à la vidange de l'ampoule rectale, ne sont pas toujours présents et sont indépendants du degré de prolapsus. La présence d'une incontinence urinaire à l'effort est possible, mais celle-ci se présente plutôt dans des cas de prolapsus peu avancés où dans le cas échéant elle peut être masquée par la boule vaginale. Par contre, en cas de prolapsus avancé, des symptômes de vessie irritative peuvent être associés. Les symptômes sexuels sont plutôt liés au changement de l'image corporelle que réellement à une obstruction comme dans les cas les plus avancés.

Examen physique

L'examen physique a lieu de la manière décrite dans la partie " incontinence urinaire " avec une attention pour les 3 compartiments.

Deux systèmes de stadification sont utilisés :

- Le simple système de gradation dépendant du degré de descente de chaque partie au Valsalva est celui développé par Baden et Beecham ²² et classé comme normal, grade I (1/2 du vagin), grade II (au niveau de l'hymen) et grade III (dépassant l'hymen) et ceci pour les 3 compartiments ;
- Le système POPQ selon Bump ²¹. La position de 6 points anatomiques en fonction de l'hymen (-, 0 ou +) ainsi que 3 autres mesures périnéales sont pris en compte afin d'avoir une évaluation précise du prolapsus (tableau 4). Le système paraît plus

compliqué, mais une fois bien compris il est plus reproductible et moins dépendant de l'examineur. Par exemple, un col descendant de 3 cm au-delà de l'hymen se trouve à C+3.

Tableau 4 : Système Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POPQ).

Aa (paroi antérieure)	Ba (paroi antérieure)	C (col ou dôme vaginal)
Gh (genital hiatus)	Pb (perineal body)	Tvl (total vaginal length)
Ap (paroi postérieure)	Bp (paroi postérieure)	D (douglas)

Traitement

Rééducation pelvienne

La rééducation pelvienne par exercices périnéaux a une place dans le traitement du prolapsus dans l'idée d'améliorer le support périnéal et de protéger le plancher pelvien en cas d'augmentation de pression intra-abdominale. Très peu de littérature est disponible, mais il existe néanmoins des preuves que l'entraînement musculaire a un effet bénéfique sur les symptômes de prolapsus, sa sévérité et la qualité de vie ²³.

Pessaires

Le pessaire n'est plus exclusivement utilisé chez les femmes d'âge avancé ou inopérables. De plus en plus de femmes relativement jeunes préfèrent ainsi postposer une intervention chirurgicale. Cette évolution est possible grâce au développement de pessaires de type tampon siliconé, qui peuvent facilement être placés et enlevés tous les jours par la patiente. Naturellement, les autres pessaires ont toujours leur place dans les traitements de prolapsus même plus avancés.

CONCLUSION

Nous avons tenté dans cet article de donner une revue des moyens préventifs, diagnostiques et thérapeutiques applicables dans le cabinet du médecin généraliste. La prise en charge du périnée devrait toutefois avoir lieu de manière globale et de préférence pluridisciplinaire. L'envoi vers les centres pluridisciplinaires comme également l'intégration du médecin généraliste dans les trajets de soin, surtout pour les cas plus complexes, est essentiel.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol.* 2009;114(6):1278-83.
2. Walters M, Karram M. *Urogynecology and reconstructive pelvic surgery.* 4th edition. Philadelphia:Elsevier Saunders;2015.

3. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J *et al.* Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA.* 2008;300(11):1311-6.
4. Markland AD, Richter HE, Fwu CW, 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.
5. Milsom I. Lower urinary tract symptoms in women. *Curr Opin Urol.* 2009;19(4):337-41.
6. Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2001;98(3):398-406.
7. Demeere JL. SBS Brussels 02/2015
8. Taylor N, Clay-Williams R, Hogden E, Braithwaite J, Groene O. High performing hospitals: a qualitative systematic review of associated factors and practical strategies for improvement. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:244.
9. Markland AD, Richter HE, Fwu CW, 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.
10. Thom DH, Brown JS. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46(11):1411-7.
11. Greer WJ, Richter HE, Bartolucci AA, Burgio KL. Obesity and pelvic floor disorders: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2008;112(2 Pt 1):341-9.
12. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG.* 2003;110(3):247-54.
13. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD001405.
14. NVOG. (Consulté le 05/06/18). Richtlijn Urine incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg - mei 2013. [Internet] <http://docplayer.nl/44824553-Richtlijn-urine-incontinentie.html>
15. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol.* 1948;56(2):238-48.
16. Moore K, Dumoulin C, Bradley C, Burgio K, Chambers T, Hagen S *et al.* Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence.* 5th Ed. International Consultation on Urinary Incontinence, Plymbridge United Kingdom: Health Publication Ltd:1112-29.
17. 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. *Obstet Gynecol.* 2010;115(3):609-17.
18. 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.
19. Nygaard I, Girts T, Fultz NH, Kinchen K, Pohl G, Sternfeld B. Is urinary incontinence a barrier to exercise in women? *Obstet Gynecol.* 2005;106(2):307-14.
20. 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.
21. 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.
22. Beecham CT. Classification of vaginal relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;136(7):957-8.
23. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD003882.

Correspondance :

A. PASTIJN
 CHU Saint-Pierre (site César De Paepe)
 Service de Gynécologie-Obstétrique
 Clinique de Périnéologie
 Rue des Alexiens, 11
 1000 Bruxelles
 E-mail : ann_pastijn@stpierre-bru.be

Travail reçu le 12 juin 2018 ; accepté dans sa version définitive le 5 juillet 2018.