

Article Original **Prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme jeune de moins de 40 ans à Marrakech**

Z. Dahami¹, N. Bentani¹, M. Amine², M. S. Moudouni¹ et I. Sarf¹

¹Service d'Urologie, Hôpital Ibn Tofail, CHU Mohamed VI, Marrakech et ²Laboratoire d'épidémiologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc

RESUME

Objectif: Evaluer la prévalence et les facteurs de risque de l'incontinence urinaire (IU) chez la femme jeune.

Patientes et méthodes: Cette étude a été réalisée auprès de 338 femmes marocaines, âgées de 20 à 40 ans, résidantes à Marrakech, durant l'année 2006. Chaque femme a fait l'objet d'un entretien à titre individuel avec le même enquêteur à l'aide d'un questionnaire préétabli comportant les rubriques suivantes : facteurs sociodémographiques, antécédents médicaux, caractères de l'IU, retentissement sur l'activité quotidienne, consultation médicale et qualité de vie. L'analyse statistique a été faite sur le Logiciel Epi-info 6.

Résultats: Parmi les 338 femmes interrogées, 174 (51,5%) étaient âgées entre 20 et 29 ans et 164 (48,5%) entre 30 et 40 ans. 48 femmes (14,2%) ont affirmé avoir eu un épisode d'IU au cours des deux derniers mois (IU d'effort chez 26 (54,2%) patientes, IU par impériosité chez 13 (27,1%) patientes, IU mixte chez 7 (14,5%) patientes et IU spontanée chez 2 (4,2%) patientes). Une gêne était ressentie chez 30 femmes (62,5%), mais seulement 12 (25%) ont déclaré avoir déjà consulté pour ce trouble, tandis que 21 (43,8%) étaient prêtes à consulter et entreprendre des examens cliniques ou para cliniques. Les facteurs qui semblent être incriminés dans la genèse de ce trouble dans notre série sont: la multiparité, l'accouchement par voie basse, l'obésité, la constipation chronique, les infections urinaires à répétition, et l'énurésie infantile.

Conclusion: L'IU chez la femme est un trouble responsable d'une altération de la qualité de vie. Elle nécessite une meilleure prise en charge dans notre environnement qui passe par l'information aussi bien des médecins que des malades.

Mots clés : Epidémiologie, incontinence urinaire, femme jeune, facteurs de risque

Correspondance: Dr. Zakaria DAHAMI, résidence Asbahani 1, Bd Hassan II, n° 17 Guéliz, Marrakech, 40 000, Maroc, e-mail: zdahami@gmail.com, zdahami@hotmail.com

Détails d'acceptation: article reçu: 15/2/2008

article accepté (après corrections): 13/1/2009

INTRODUCTION

L'incontinence urinaire (IU) chez la femme est une pathologie fréquente qui a fait l'objet de plusieurs études épidémiologiques dans le monde. Sa prévalence varie dans la littérature entre 10% et 51% et ses facteurs de risque sont essentiellement représentés par les antécédents obstétricaux¹⁻³. Au Maroc,

peu d'études ont été réalisées à propos de cette affection qui demeure un sujet tabou dans notre société.

Le but de notre étude est d'évaluer la prévalence de l'IU auprès d'une population féminine bien définie (âgée de 20 à 40 ans)

Tableau 1: Prévalence de l'incontinence urinaire par âge et par mécanisme

Type d'incontinence	Age 20-29 ans		Age 30-40 ans	
	No.	%	No.	%
Fuites urinaires d'effort	12	60,0%	14	50,0%
Fuites urinaires par impériosité	6	30,0%	7	25,0%
Fuite urinaire mixte	2	10,0%	5	17,9%
Fuite urinaire spontanée	-	-	2	7,1%
Total	20/174	11,5%	28/164	17,1%

Tableau 2 : Prévalence selon la gêne engendrée et le retentissement psychologique.

Moment de la gêne	Nombre de patientes	Pourcentage	Retentissement psychologique	Nombre de patientes	Pourcentage
Lors de la prière	26	54,2%	Sans impact	37	77,1%
Sociale	19	39,6%	Dépression	8	16,7%
Sexuelle	8	16,7%	Anxiété	3	6,3%
Professionnelle	4	8,3%			

à Marrakech ainsi que les facteurs de risque impliqués dans la genèse de cette pathologie

PATIENS ET METHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique, transversale, réalisée auprès de 338 jeunes femmes marocaines âgées de 20 à 40 ans, issues d'un milieu urbain (Marrakech), dans le but d'évaluer la prévalence de l'IU, les facteurs de risques, le degré de gêne, le retentissement sur les différentes activités quotidiennes ainsi que le comportement des femmes vis-à-vis de cette affection.

Pour avoir un échantillon représentatif de la population féminine marocaine, nous avons tenu à choisir les clientes et les vendeuses des grandes surfaces commerciales, les étudiantes de la faculté des sciences, de médecine et des lettres de Marrakech, le personnel médical et paramédical féminin du CHU de Marrakech ainsi que les patientes suivies en urologie et en gynécologie.

Chaque femme a fait l'objet d'un entretien à titre individuel avec le même enquêteur à l'aide d'un questionnaire préétabli comportant les rubriques suivantes: facteurs socio-démographiques, antécédents médicaux, caractères de l'IU, retentissement sur l'activité quotidienne, consultation médicale et qualité de vie.

Ce questionnaire a été élaboré et validé avec la collaboration du département d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech (Voir annexe).

La saisie a été réalisée par les départements d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

L'analyse statistique a été faite sur le logiciel Epi-info 6 en utilisant les techniques usuelles d'analyses statistiques :

- Analyse univariée : Cette analyse a permis de calculer les statistiques descriptives

Tableau 3 : Etude des facteurs de risque d'incontinence urinaire

Facteur de risque	No. de femmes atteintes	Femme continentes		Femme incontinentes		Valeur de p
		No.	%	No.	%	
Obésité	39	35	89,7%	4	10,3%	0,017
Constipation	57	38	66,7%	19	33,3%	0,00000567
Multiparité	23	13	56,5%	10	43,5%	0,00000742
Accouchement par voie basse	132	99	75,0%	33	25,0%	0,05
Cystite récidivante	34	18	47,1%	16	52,9%	0,0000008
Enurésie infantile	28	17	39,3%	11	60,7%	0,0005

Tableau 4 : Parité et incontinence urinaire

Parité	Femmes incontinentes		Femme continentes	
	No.	%	N.	%
Nullipare	12	6,9%	162	93,1%
Primipare	11	21,6%	40	78,4%
Paucipare*	15	16,7%	75	83,3%
Multipare**	10	43,5%	13	56,5%
Total	48	14,2%	290	85,8%

*: Paucipare : nombre de grossesses >1 et ≤3 ** : Multipare : nombre de grossesses ≥4

des différentes variables à l'étude: moyenne, écart-type et fréquence. Un intervalle de confiance à 95% a été calculé.

- Analyse bivariée: Cette analyse a permis de comparer les pourcentages en utilisant le test de Chi carré de Pearson. Le test exact de Fisher a été utilisé quand les effectifs étaient faibles. Des analyses de variance à un facteur ont été utilisées pour comparer les moyennes.

La comparaison a été considérée statistiquement significative si $p \leq 0,05$, et non significative si $p > 0,05$.

Quatre types d'incontinence ont été retenus: incontinence d'effort, incontinence par impériosité, incontinence mixte en cas d'association et incontinence spontanée. Nous

avons analysé plusieurs facteurs de risque obstétricaux (parité, voies d'accouchement, manœuvres instrumentales) et les antécédents médicaux (obésité, toux, constipation chronique, cystite récidivante)

RESULTATS

Parmi les 338 femmes interrogées, 174 femmes (51,5%) étaient âgées entre 20 et 29 ans et 164 (48,5%) entre 30 et 40 ans. 128 (37,9%) étaient des femmes au foyer. 39 femmes (11,5%) étaient obèses. 207 (61,2%) étaient mariées, dont 43 (12,7%) nullipares, 90 (26%) paucipares [nombre de grossesses >1 et <3], 51 (15,1%) primipares et 23 (6,8%) multipares [nombre de grossesses >4]. 201 (59,5%) étaient en activité sexuelle actuelle et 164 (48,5%) avaient un revenu mensuel inférieur à 2400 Dirhams (220 Euros).

Tableau 5 : Prévalence de l'incontinence urinaire dans les différentes études

Auteur	Pays	Année	Caractéristique de l'échantillon	Prévalence
Peyrat et coll. ³	France	2002	2800 femmes, 20 à 62 ans	17,8%
Siracusano et coll. ¹⁸	Italie	2003	3557 femmes, 18 à 49 ans	14%
Hunskaar et coll. ⁷	France-Espagne Allemagne-Royaume uni	2003	29500 femmes, > 18 ans	28%; 32%;13,5%,33,5%
Andersson et coll. ¹	Suède	2000	7680 femmes, 18 à 79 ans	10%
Wolin ²	Grande Bretagne	1969	4200 étudiantes, 17 à 25 ans	51%
Notre étude	Maroc(Marrakech)	2006	338 femmes, 20 à 40 ans	14,2%

La prévalence globale de l'IU, tout âge et tout type confondus, était de 14,2% (48 femmes). Cette prévalence était de 11,5% (n= 20) pour les femmes âgées entre 20 et 29 ans et de 17,1% (n= 28) pour les femmes âgées entre 30 et 40 ans (Tableau 1).

Parmi les patientes incontinentes, 26 (54,2%) avaient une IU d'effort, 13 (27,1%) une IU par impériosité, 7 (14,5%) une IU mixte et 2 (4,2%) une IU spontanée (Tableau 1). La plupart (35 soit 72,9%) de ces femmes avaient un volume de perte minimale de quelques gouttes, ne nécessitant aucune protection.

Sur les 48 femmes incontinentes, 30 (62,5%) ont déclaré être gênées par ce trouble, soit lors de la prière, lors des visites des proches, lors des rapports sexuels ou sur le plan professionnel (Tableau 2). Un retentissement psychologique à type d'anxiété voire de dépression a été retrouvé chez 11 (22,9%) femmes incontinentes. Malgré la gêne engendrée par cette incontinence, seulement 12 femmes incontinentes, soit 25%, ont eu recours à une consultation médicale, par contre 21 femmes (43,8%) étaient prêtes à consulter si leurs conditions socio-économiques le leur permettaient.

Les facteurs associés à l'IU sont décrits dans le Tableau 3 :

- Obésité: L'IU a été trouvé chez 15 des 162 femmes ayant un poids normal (9,3%), chez 29 des 137 femmes ayant une surcharge

pondérale (21,2%), et chez quatre des 39 femmes obèses (10,3%). La prévalence de l'IU varie donc de 9,3% pour les femmes ayant un poids normal à 21,2% pour celles ayant une surcharge pondérale. La différence est statistiquement significative. ($p < 0,05$). L'indice de masse corporelle (IMC) supérieur à la normale paraît être un facteur de développement de l'IU.

- Antécédents médicaux : Parmi les 338 femmes interrogées, 57 (16,8%) ont rapporté une constipation chronique, dont 19 patientes incontinentes, soit 33,3% ($p < 0,05$). L'asthme, le diabète, la bronchite chronique et la tuberculose pulmonaire ne semblent pas être incriminés dans cette étude ($p > 0,05$).

- Antécédents obstétricaux : Nous avons constaté que la prévalence de l'IU croît avec le nombre d'enfants, variant de 6,9% pour les nullipares à 43,5% pour les multipares (Tableau 4). La parité semble donc être un facteur de développement de l'IU ($p < 0,05$). L'accouchement par voie basse est également un facteur de survenue de l'IU ($p = 0,05$), alors que les autres facteurs tels que l'épisiotomie et les manœuvres instrumentales ne semblaient pas intervenir dans la survenue de l'IU ($p > 0,05$) dans notre série.

- Antécédents urologiques : La cystite récidivante ($p < 0,05$) et l'énurésie infantile ($p < 0,05$) seraient des facteurs intervenant dans le développement de l'IU dans notre étude.

DISCUSSION

L'incontinence urinaire (IU) a été définie dans notre étude, comme dans celle de Thomas et coll.⁴, par la survenue d'au moins deux épisodes de fuite d'urines involontaire au cours du dernier mois. Peyrat et coll.³ ont retenu le diagnostic d'IU en cas de réponse positive à la question «avez vous actuellement des fuites d'urine involontaires?», alors que Jitapunkul et Khovidhunkit⁵ ont considéré l'IU comme la fuite de petites quantités d'urines pendant les 6 derniers mois. Dans ces études l'IU varie entre 10% et 51%. Il apparaît donc, que sa prévalence est extrêmement variable et dépend de la définition utilisée pour l'étude. Ainsi, les études épidémiologiques qui ont utilisé la définition exacte de l'International Continence Society selon laquelle l'incontinence est définie par la survenue de fuites involontaires d'urines responsables d'un problème hygiénique ou social⁶, mais sans tenir compte de la fréquence exacte des fuites, ont trouvé des chiffres de prévalence compris entre 12 et 33,5%⁷⁻⁹.

Dans notre étude, la prévalence de l'IU, toutes causes confondues, était de 14,2% avec une légère variation en fonction de l'âge. La plupart des études réalisées (Tableau 5) ont mis en évidence d'importantes variations dans les chiffres proposés chez les femmes de moins de 40 ans. Hunskaar et coll.⁷ ont réalisé une étude auprès de 1526 femmes âgées de 18 à 40 ans dans quatre pays européens différents. Ils ont noté un taux d'IU de 32%, 28%, 13,5% et 33,5% respectivement en France, Allemagne, Espagne et le Royaume Uni, tandis que Wolin² dans une étude réalisée auprès de jeunes étudiantes âgées de 17 à 25 ans a trouvé une prévalence de 51%. Dans notre étude, la prévalence de l'IU pour cette tranche d'âge n'était que de 11,5%.

Différents facteurs de risque ont été mis en évidence dans la littérature, les plus fréquents étant l'âge et les antécédents obstétricaux. Nous avons noté dans notre étude que la parité et l'accouchement par voie basse semblent augmenter le risque de la survenue de l'IU. La prévalence de l'IU croît avec le

nombre d'enfants, variant dans notre série de 6,9% pour les nullipares à 43,5% pour les multipares. Cette constatation est faite par plusieurs auteurs^{3,9-13}, alors que d'autres études ont incriminé, en plus, les manœuvres instrumentales¹⁴. Peyrat et coll.³ trouvent que les patientes nulligestes auraient moins de risques d'avoir une IU, de même que Foldspang et coll.¹³ et Milson et coll.⁹.

La constipation chronique, la cystite récidivante, l'énurésie infantile, et la bronchite chronique ont été retenues comme facteurs de risque de l'IU dans plusieurs études¹⁴⁻¹⁹ de même que dans la nôtre, sauf pour la bronchite chronique qui ne semble pas être un facteur de survenue de l'IU dans notre série.

Peyrat et coll.³ ont conclu que l'obésité n'accroît pas le risque d'incontinence. Mommsen et coll.¹⁹ et Burgio et coll.²⁰, quant à eux, ont considéré l'obésité comme facteur de risque de l'incontinence et l'ont défini à partir du poids moyen des patientes ce qui n'était pas adapté, l'obésité étant habituellement définie à partir de l'indice de masse corporelle (IMC > 24). Dans notre étude, nous avons définie l'obésité à partir d'un IMC > 24 et nous avons trouvé qu'elle est bien un facteur de risque de l'IU.

L'IU est une source de problèmes hygiéniques pour les femmes qui en souffrent, ce qui oblige certaines d'entre elles à porter de façon quasi-permanente une garniture. Les modalités d'évaluation diffèrent d'une étude à l'autre. Dans notre série, parmi les 48 femmes incontinentes, 72,7% avaient un volume de perte minimale ne nécessitant aucune protection, de même que pour Burgio et coll.²⁰. Cependant, Jolleys¹¹ rapporte que seulement 3% des femmes incontinentes utilisent des garnitures et que 7,5% n'en portent pas, mais doivent changer fréquemment leurs sous-vêtements.

Diokno et coll. ont conclu que l'analyse de la sévérité de l'IU est très délicate en raison de la subjectivité des réponses et qu'elle dé-

pendrait plus du degré de gêne engendrée que du volume d'urines perdues²¹.

L'IU peut retentir sur la vie psychosociale et conjugale de la femme incontinente avec une altération de la qualité de vie. Dans notre enquête, 62,5% des femmes étaient gênées par ce trouble urinaire, dont 54,2% se sentaient embarrassées au moment de la prière, 39,6% étaient gênées sur le plan social, 8,3% ressentaient l'impact de ce trouble professionnellement, 23% ont déclaré être gênées psychiquement et 16,7% se sentaient embarrassées sexuellement.

Seulement 25% des patientes ont déclaré avoir consulté un médecin pour ce motif, par contre 43,8% sont prêtes à consulter et à entreprendre des examens cliniques ou paracliniques pour le diagnostic. Brocklehurst²² en Grande-Bretagne a noté que 60% des femmes avec IU sont gênées, et la moitié d'entre elles rapporte avoir une limitation des activités quotidiennes, et 52% ont consulté un médecin, tandis que Buchsbaum et coll.²³ ont rapporté que la vie des sœurs interrogées était influencée par l'IU.

En conclusion, l'incontinence urinaire a longtemps été considérée comme une pathologie de la femme âgée, ce qui ne reflète pas aujourd'hui la réalité, car notre étude a montré qu'elle intéresse, aussi, la femme jeune. Le caractère « tabou » de cette affection masque la gêne socioprofessionnelle, psychique et sexuelle qu'elle engendre et constitue, ainsi, une difficulté à la fois, pour connaître sa vraie prévalence et pour encourager les femmes à en parler à leur médecin. D'où l'intérêt de fournir des efforts en matière d'éducation sanitaire (media, journaux...) et d'optimisation de la relation médecin-malade afin de palier à ces difficultés.

La multiparité, l'obésité, la cystite récidivante et la constipation chronique semblent être des facteurs de risque dans le développement de cette IU. Cela signifie qu'il faut chercher la notion d'IU chez toute femme consultante qui présente au moins un de ces facteurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Andersson G, Johansson JE, Garpenholt O, Nilsson K. Urinary incontinence--prevalence, impact on daily living and desire for treatment: A population-based study. *Scand.J.Urol.Nephrol.* 2004;38(2):125-30.
2. Wolin LH. Stress incontinence in young, healthy nulliparous female subjects. *J.Urol.* 1969; Apr;101(4):545-9.
3. Peyrat L, Haillet O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune. [Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young women]. *Prog.Urol.* 2002; Feb;12(1):52-9.
4. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br.Med.J.* 1980; Nov 8;281(6250):1243-5.
5. Jitapunkul S, Khovidhunkit W. Urinary incontinence in Thai elderly living in Klong Toey slum. *J.Med.Assoc.Thai.* 1998; Mar;81(3):160-8.
6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *NeuroUrol.Urodyn.* 2002;21(2):167-78.
7. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int.* 2004; Feb;93(3):324-30.
8. Hunskaar S, Burgio K, Diokno A, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology.* 2003; Oct;62(4 Suppl 1):16-23.
9. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskog B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J.Urol.* 1993; Jun;149(6):1459-62.
10. Luna MT, Hirakawa T, Nakano H. Urinary incontinence in women seen in the obstetrics and gynecology clinic. *Int.Urogynecol.J.Pelvic Floor Dysfunct.* 2000;11(5):277-81.
11. Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *Br.Med.J.(Clin.Res.Ed).* 1988; May 7;296(6632):1300-2.
12. Wong T, Lau BY, Mak HL, Pang MW, Cheon C, Yip SK. Changing prevalence and knowledge of urinary incontinence among Hong Kong Chinese women. *Int.Urogynecol.J.Pelvic Floor Dysfunct.* 2006; Nov;17(6):593-7.
13. Fold.pang A, Mommsen S, Lam GW, Elving L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. *J.Epidemiol.Community Health.* 1992; Dec;46(6):595-600.

PREVALENCE DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA FEMME JEUNE DE MOINS DE 40 ANS A MARRAKECH

14. Minaire P, Jacquetin B. La prévalence de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale. [The prevalence of female urinary incontinence in general practice]. *J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.(Paris)*. 1992;21(7):731-8.
15. Sherburn M, Guthrie JR, Dudley EC, O'Connell HE, Dennerstein L. Is incontinence associated with menopause? *Obstet.Gynecol.* 2001; Oct;98(4):628-33.
16. Aggazzotti G, Pesce F, Grassi D, Fantuzzi G, Righi E, De Vita D, et al. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: A cross-sectional epidemiologic study in a mid-sized city in Northern Italy. *Urology*. 2000; Aug 1;56(2):245-9.
17. Diokno AC, Brock BM, Herzog AR, Bromberg J. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. *Urology*. 1990; Aug;36(2):129-38.
18. Siracusano S, Pregazzi R, D'Aloia G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorari V, et al. Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.* 2003; Apr 25;107(2):201-4.
19. Mommsen S, Foldspang A, Elving L, Lam GW. Cystitis as a correlate of female urinary incontinence. *Int. Urogynecol.J.* 1994; Jun;5(3):135-40.
20. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J.Urol.* 1991; Nov;146(5):1255-9.
21. Diokno AC, Brock BM, Brown MB, Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J.Urol.* 1986; Nov;136(5):1022-5.
22. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community--analysis of a MORI poll. *BMJ.* 1993; Mar 27;306(6881):832-4.
23. Buchsbaum GM, Chin M, Glantz C, Guzick D. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. *Obstet.Gynecol.* 2002; Aug;100(2):226-9.