

## INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME EN MILIEU URBAIN AU BURKINA FASO: ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE AUPRES DE 759 FEMMES A BOBO DIOULASSO

T. KAMBOU, B. ZANGO, M. BAMBARA\*, O. THIOMBIANO, I. SOMBIE\*\* ET. B. DAO\*  
*Services d'Urologie et de Gynéco-Obstétrique\* du Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro de Bobo-Dioulasso, et Centre Muraz\*\*\*, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso*

**Objectifs :** Déterminer la prévalence de l'incontinence urinaire, identifier les facteurs de risque et apprécier les retentissements de cette affection sur la vie des femmes.

**Patientes et méthodes :** Etude prospective et transversale sur l'incontinence urinaire (IU) de la femme en milieu urbain au Burkina Faso. Il s'agit d'une enquête épidémiologique qui s'est déroulée de janvier 2003 à avril 2003 auprès de 759 femmes se rendant dans quelques formations sanitaires de la ville de Bobo-Dioulasso.

**Résultats :** L'âge moyen des femmes était de 29,8 ans, la gestité et la parité moyenne respectivement de 3 et 2,6. La majorité d'entre elles (63,6%) étaient des femmes au foyer dont 65,5% de mariées. La prévalence globale de l'IU était de 21,3% et l'incontinence urinaire d'effort (IUE) était le type dominant (54,6%). Concernant les facteurs de risque, seules la dystocie, les in-

fections urinaires à répétition, la constipation chronique, l'épisiotomie et l'obésité restaient associés significativement à la survenue de l'IU, après une analyse multivariée utilisant le mode de régression logistique. Le retentissement de l'IU a été apprécié en terme de coût physique et surtout psychosocial ; le coût économique étant impossible à évaluer dans notre contexte.

**Conclusion :** L'incontinence urinaire est fréquente dans notre région malgré le peu de cas vus dans les services de gynécologie et d'urologie. Une enquête de ce type réalisée en population générale et à l'échelle nationale permettrait de mieux apprécier l'ampleur du problème et identifier les éléments nécessaires à une stratégie de prise en charge adéquate de cette pathologie.

**Mots-Clés:** incontinence urinaire, prévalence, facteurs de risque, retentissement.

### INTRODUCTION

Selon l'International Continence Society (ICS), l'incontinence urinaire (IU) est la perte d'urine involontaire, objectivable, entraînant des problèmes sociaux et/ou hygiéniques<sup>1</sup>. Elle existe dans les deux sexes avec une fréquence nettement plus élevée chez la femme. Cette affection présente un intérêt particulier tant pour les troubles fonctionnels qu'elle entraîne que pour sa connotation sociale.

En Europe l'IU est un symptôme fréquent; elle toucherait deux à trois millions de personnes en France et elle est l'un des principaux motifs de consultation en urologie. On estime que 30 à 50% des femmes consultant un gynécologue se plaignent d'IU et que plus de 40

à 90% des patientes résidant dans un service de gériatrie présentent une IU invalidante<sup>2</sup>. En Afrique, quelques études ont été rapportées et font état également de prévalences élevées<sup>3,4</sup>. Au Burkina Faso, cette affection ne semble pas constituer un problème de santé puisse que très peu de femmes consultent en urologie ou en gynécologie pour ce motif.

Au plan économique, l'IU coûte chère: En France, Ballanger et al.<sup>5</sup> ont estimé le coût annuel des traitements de l'IU en excluant les moyens palliatifs utilisés à 35 milliards de francs français.

Quelle est la prévalence de l'IU dans la population féminine de notre région ? Quels sont les facteurs de risque ? Comment réagissent

**Tableau N° 1:** Caractéristiques socio-démographiques de 759 femmes interrogées

Variables	Effectifs	(%)
<u>Groupe d'âge</u>		
< 30 ans	461	60,74%
30 – 59 ans	269	35,44%
≥ 60 ans	29	3,82%
<u>Profession</u>		
Ménagères	483	63,6%
Salariées	87	11,5%
Elèves / étudiantes	116	15,3%
Autres	73	9,6%
<u>Situation matrimoniale</u>		
Célibataire	175	23,1%
Monogame	375	49,4%
Polygame	125	16,5%
Divorcée	30	4,0%
Concubinage	3	0,4%
Veuve	51	6,7%
<u>Niveau d'étude</u>		
Analphabète	240	31,6%
Primaire	167	22,0%
Secondaire	305	40,2%
Supérieur	9	1,2%
Franco-Arabe	38	5,0%

les femmes qui en souffrent? C'est pour répondre à ces questions que nous avons entrepris cette étude.

## PATIENTES ET METHODES

Cette étude a eu pour cadre le service d'urologie, le service de maternité du Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro (CHUSS) et cinq formations sanitaires de premier niveau de la ville de Bobo-Dioulasso.

Il s'agit d'une étude prospective et transversale couvrant la période de janvier à avril 2003. L'échantillon a été constitué par 759 femmes âgées d'au moins 18 ans (âge moyen: 29,8 ans) se rendant dans ces services soit pour consultation du nourrisson, soit pour une

**Tableau N° 2:** Antécédents gynéco-obstétricaux des 759 femmes interrogées

Variables	Effectifs	(%)
<u>Gestité</u>		
Nulligeste	147	37,00%
1 – 4	457	60,21%
5 et plus	155	20,42%
<u>Parité</u>		
Nullipares	147	19,40%
Paucipares ( 1- 4)	457	60,21%
Multipares (5 et plus)	155	20,39%
Dystocie	58	20,8%
Avortement (spontané et/ou provoqué)	54	21,6%
Accouchement de gros bébé	268	35,3%
Episiotomie	299	39,4%
Ménopause	72	9,49%

demande de planification familiale ou alors pour accompagner une parturiente, et qui ont accepté de participer à l'étude. Les femmes présentant des fuites urinaires permanentes liées aux fistules urogénitales n'ont pas été retenues dans cette étude.

Le recueil des données a été effectué par entretien direct, à l'aide d'un questionnaire comportant des informations sur les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, les caractères de la fuite urinaire et le retentissement de la fuite urinaire en terme de coûts physique, psychologique et économique.

La saisie et l'analyse des données ont été faites avec les logiciels SPSS version 10.0 et Epi Info version 6.04. Après une description de l'échantillon, le test du Chi 2 de Pearson a été utilisé pour analyser l'association entre les variables indépendantes (facteurs de risque) et l'incontinence urinaire (IU). Une régression logistique à visée exploratrice a été utilisée pour étudier la relation entre l'IU et toutes les variables indépendantes. La sélection des variables a été faite par une procédure pro-

**Tableau N° 3:** Antécédents chirurgicaux et médicaux (759 femmes interrogées)

Variabes	Effectifs (n)	%
<u>Antécédants chirurgicaux</u>	46	6,1%
<u>Antécédents médicaux</u>		
Troubles urinaires	359	47,3%
Diabète	8	1,1%
Constipation chronique	273	36,0%
Toux chronique	44	5,8%
Obésité	105	13,2%
Prise régulière de médicaments	28	3,7%
Consommation d'excitant	114	15,0%
Antécédents familiaux d'IU	44	5,8%

**Tableau N° 4:** Prévalence de l'incontinence selon l'âge

Groupe d'âge	Nombre total	Incontinence urinaire	
		nombre	%
< 30 ans	461	96	20,82%
30 – 59 ans	269	65	24,16%
≥ 60 ans	29	2	6,90%

gressive pas à pas. L'ajustement du modèle final a été vérifié par le test de Hosmer et Lemeshow et par l'analyse graphique du diagramme de dispersion des résidus standardisés en fonction des valeurs prédictives pour la recherche d'éventuels outils. Les rapports de côtes (OR) et leur intervalle de confiance à 95% (IC à 95%) ont été dérivés du modèle. Les p-valeurs de chacun des termes du modèle étaient celles correspondant au Chi 2 de Wald. Le seuil de signification était de 5%. Les graphiques ont été réalisés sur le logiciel Excel 7.0.

## RESULTATS

L'âge moyen des femmes était de 29,8 ans. La majorité d'entre elles (63.6%) étaient des femmes au foyer dont 65.5% mariées (tableau no. 1).

La gestité et la parité moyenne étaient respectivement de 3 et 2,6. D'autres antécédents gynéco-obstétricaux étaient dystocie dans 20,8%; avortement (spontané et/ou provoqué) dans 21,6%; accouchement de gros bébé dans 35,3% et épisiotomie dans 39,4% (tableau no. 2). 6.1% des femmes avaient des antécédents chirurgicaux. Les antécédents médicaux sont résumés dans le tableau no. 3.

Sur l'ensemble des 759 femmes interrogées, 163 avaient déclaré souffrir d'une incontinence urinaire, soit une prévalence de 21,3%. La prévalence de l'incontinence selon l'âge est montrée dans le tableau no. 4. L'incontinence urinaire d'effort (IUE) était le type prédominant dans les tranches d'âge de 18 à 29 ans (50%) et de 30 à 59 ans (63.08%), tandis que toutes les femmes âgées de 60 ans et plus se plaignaient d'incontinence par impériosité (IUI) (tableau no. 5). La prévalence de l'IU selon la parité et le type est résumée dans le tableau no. 6.

Concernant les facteurs de risque, seules la dystocie, les infections urinaires à répétition, la constipation chronique, l'épisiotomie et l'obésité restaient associés significativement à la survenue de l'IU, après une analyse multivariée utilisant le mode de régression logistique (tableaux 7, 8).

### Attitude des enquêtées face à l'IU

390 femmes soit 51,38% savaient ce que c'est qu'une IU alors que 369 soit 48,62% disaient tout ignorer de cette affection.

Dans notre série, 20 femmes ont avoué porter des garnitures soit un taux de 12,27% dont 98,8% souvent et 1,2% en permanence. La nature des garnitures était du coton chez 14 incontinentes (70%) et du tissu chez 6 incontinentes (30%).

Seules 9 (5,52%) des 169 incontinentes ont consulté pour leur fuite urinaire et se confiaient beaucoup plus aux sages femmes. 67,53% n'ont pas consulté par ignorance. Elles considéraient en effet l'IU comme un phénomène normal. La Fig. 1 donne la répartition des femmes incontinentes selon la raison du non recours aux soins.

### Le retentissement de l'incontinence urinaire

Cinquante des 163 femmes incontinentes, soit 30,67%, signalaient un prurit entre les

**Tableau N°. 5:** Prévalence de l'IU selon l'âge et le type

Groupe d'âge	IUE		IUI		IUM		Total	
	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
< 30 ans	48	50,00%	34	35,42%	14	14,58%	96	100%
30 – 59 ans	41	63,08%	17	26,15%	7	10,77%	65	100%
≥ 60 ans	-	-	2	100%	-	-	2	100%

IUE = incontinence urinaire d'effort; IUI = incontinence urinaire par impériosité; IUM = incontinence urinaire mixte

**Tableau N°. 6:** Prévalence de l'IU selon la parité et le type

Parité	IUE		IUI		IUM		Total	
	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
Nullipares	17	54,00%	11	34,10%	4	11,90%	32	19,63%
Paucipares ( 1 – 3)	55	57,17%	29	30,33%	12	12,50%	96	58,89%
Multipares (≥ 4)	25	70,00%	5	15,71%	5	14,29%	35	21,47%

**Tableau N°. 7:** Résultat de l'analyse univariée des facteurs de risques liés à l'IU

Facteurs de risque	OR	IC à 95%	P
Avortement	1,59	[1,05-2,42]	0,02
Dystocie	4,69	[3,13-7,05]	<10 <sup>-3</sup>
Episiotomie	2,68	[1,85-3,90]	<10 <sup>-3</sup>
Gros bébé	2,09	[1,44-3,03]	<10 <sup>-3</sup>
Ménopause	0,43	[0,18-0,96]	0,02
Constipation chronique	2,69	[1,86-3,91]	<10 <sup>-3</sup>
Toux chronique	3,33	[1,70-6,51]	<10 <sup>-3</sup>
Troubles urinaires	4,10	[1,05-2,42]	<10 <sup>-3</sup>

cuisses en rapport avec les fuites urinaires. Trente et une femmes, soit un taux de 19,02%, signalaient des petites plaies (ulcérations) ou des petits boutons (papules) entre les cuisses.

Du point de vue psychosocial, 129 femmes sur les 163 femmes incontinentes, soit 79,14%, ne sont pas gênées par les fuites urinaires lorsqu'elles sont à l'extérieur de chez

elles. Neuf femmes, soit 11,04%, étaient beaucoup gênées par les fuites urinaires. Les fuites urinaires ne nécessitaient pas une interruption des activités quotidiennes chez 153 de nos patientes, soit un taux de 93,86%. 114 femmes, soit 69,94%, n'éprouvaient pas un sentiment de honte, de dégradation. Dix-huit femmes, soit 11,04%, éprouvaient parfois un sentiment de honte, de dégradation et 8 femmes (4,91%) éprouvaient en permanence un sentiment de honte, de dégradation.

Le coût économique de l'incontinence urinaire a été impossible à évaluer dans notre étude, car les dépenses étaient ponctuelles ou épisodiques. De plus, peu de femmes ont eu recours aux soins.

## DISCUSSION

### Aspects Epidémiologiques

La prévalence de l'incontinence urinaire varie d'une étude à l'autre, d'un pays à un autre et dans un même pays, d'un auteur à un autre comme l'indique le tableau no. 9. Nos résultats sont comparables à ceux de Sengler et al.<sup>6</sup> en

Tableau N°. 8: Résultats de l'analyse multivariée des facteurs de risque liés à l'IU

Facteurs de risque	% Femmes Incontinentes	OR	IC à 95%	P
Dystocie				
Oui	45,6	3,96	[2,51-6,24]	<10 <sup>-3</sup>
Non	15,1	1		
Troubles urinaires				
Oui	48,6	2,79	[1,56-4,97]	<10 <sup>-3</sup>
Non	18,7	1		
Episiotomie				
Oui	31,8	2,27	[1,42-3,62]	<10 <sup>-3</sup>
Non	14,8	1		
Constipation				
Oui	32,6	2,10	[1,42-3,12]	<10 <sup>-3</sup>
Non	15,2	1		
Obésité				
Oui	37,7	1,95	[1,17-3,25]	<10 <sup>-3</sup>
Non	19,5	1		

France et de Milsom et al.<sup>7</sup> en Suède qui rapportent des prévalences respectives de 21% et 24,6%, pendant que certains auteurs Africains comme Mikou et coll.<sup>4</sup> et Elfatimi et coll.<sup>8</sup> au Maroc; Lejin<sup>3</sup> au Sénégal ont rapporté des prévalences supérieures. Cette disparité pourrait s'expliquer par les différences de méthodologie et même de la définition de l'incontinence urinaire qui ne fait pas l'unanimité: Jitapunkul et Khovidhunkit<sup>9</sup>, par exemple, définissent l'incontinence urinaire comme "fuite de petite quantité pendant les six derniers mois", tandis que Jolleys<sup>10</sup> la décrit comme "un seul épisode pendant les deux derniers mois". Thomas et al.<sup>11</sup> prennent l'IU en considération quand il y a deux épisodes pendant le dernier mois. Par ailleurs, la pratique d'un examen clinique et/ou d'explorations complémentaires aurait pu modifier cette prévalence dans un sens comme dans l'autre.

Dans notre étude l'IUE était le type dominant avec 54,6% en conformité avec la plupart des auteurs<sup>4,7,8,16,17</sup>. D'autres auteurs<sup>3,6,9</sup> ont trouvé des résultats contraires aux nôtres. Cette différence pourrait s'expliquer par l'imprécision des frontières entre les différents types d'IU.

L'IUE était le type prédominant (50%) dans la tranche d'âge de 18 à 29 ans. Ce taux est largement supérieur à ceux rapportés par Mikou et coll.<sup>4</sup>, Minaire et Jacquetin<sup>13</sup> et Lejin<sup>3</sup> qui sont respectivement de 23,88%; 9,3% et 26,08%. Cette forte prévalence pourrait être liée à la précocité de la maternité chez les jeunes femmes dans nos sociétés car l'accouchement et plus particulièrement le premier, a une grande part de responsabilité dans la genèse de l'IU. Les autres types ont été retrouvés à des proportions diverses, selon les auteurs.

Dans notre enquête l'IUE était également la plus fréquente dans la tranche d'âge de 30 à 59 ans avec une prévalence de 63,08%. Ce taux est aussi supérieur à ceux de Mikou et coll. et de Minaire et Jacquetin qui ont noté des prévalences respectives de 26,86% et 31,8%<sup>4,13</sup>.

Quant au taux de 26,15% d'IUI, retrouvé dans le même groupe de femmes dans notre étude, il est proche de celui de Minaire et Jacquetin<sup>13</sup> et Mikou et al.<sup>4</sup> (28,1% et 23,27%), alors qu'il est supérieur à celui rapporté par Lejin<sup>3</sup> qui a trouvé 15,68%. Le taux

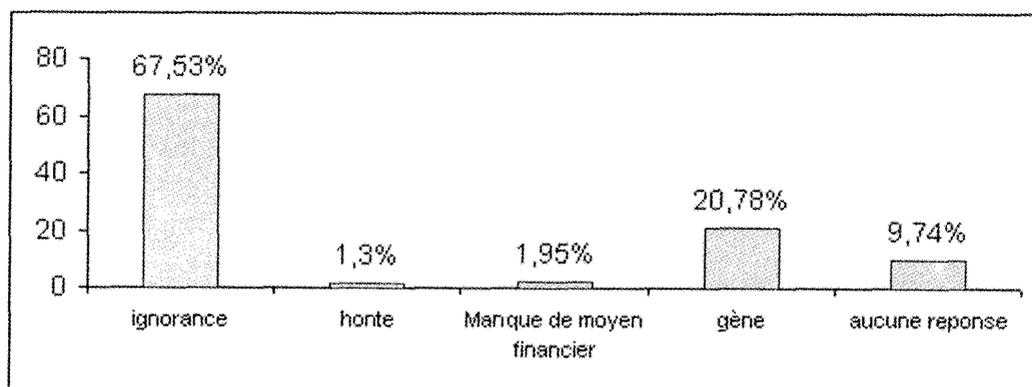


Fig. 1: Répartition des femmes incontinentes selon le motif de non-recours aux soins

Tableau N°. 9: Prévalence de l'IU à travers la littérature

Auteurs	Année	Pays	Echantillon	Tranches d'âge	Prévalence
Burgio et coll. <sup>12</sup>	1991	USA	206	42 – 50 ans	58,4%
Minaire et Jacquetin <sup>13</sup>	1992	France	2911	18 ans et plus	37,0%
Milsom et coll. <sup>7</sup>	1993	Suède	10000	46 – 86 ans	12,1 – 24,6%
Sengler et coll. <sup>5</sup>	1993	France	2911	tous âges	21,0%
Amarengo et coll. <sup>14</sup>	1994	France	400	17 – 59 ans	50,0%
Mikou et coll. <sup>4</sup>	1998	Maroc	1000	18 ans et plus	27,1%
Peyrat et coll. <sup>15</sup>	1998	France	1700	20 – 62 ans	27,5%
Elfatimi et coll. <sup>8</sup>	1999	Maroc	368	18 ans et plus	31,0%
Lejin <sup>3</sup>	1999	Sénégal	1200	17-70 ans	31,2%
Notre étude	2003	Burkina Faso	759	18 à 70 ans	21,3%

d'incontinence urinaire mixte (IUM) était de 10,77% femmes incontinentes contre 25,49% pour Lejin.

Dans notre série, toutes les femmes âgées de 60 ans et plus se plaignaient d' IUI. Ce résultat est en conformité avec les données de la littérature car l'IUI est l'apanage de la femme âgée.

Dans notre étude 41,4% des femmes incontinentes avaient au moins le niveau d'études secondaires contre 31,6% qui étaient non scolarisées. Cette même tendance a été noté par Mikou et coll.<sup>4</sup> au Maroc qui ont 30% de femmes analphabètes contre 70% de lettrées. Jitapunkul et al.<sup>9</sup>, en Thaïlande, ont noté

par contre 51,8% de femmes analphabètes parmi les femmes incontinentes.

La prédominance des femmes scolarisées dans notre étude pourrait s'expliquer par leur meilleure disposition à parler de ces problèmes, considérés comme tabous dans notre société.

L'étude des facteurs de risque de l'incontinence urinaire a nécessité une analyse multivariée utilisant la régression logistique qui a pour intérêt d'éliminer les facteurs de confusion d'une analyse univariée. Ainsi cinq facteurs de risque ont une liaison significative avec l'incontinence urinaire. Ce sont : les infections urinaires à répétition, l'épisiotomie, la

constipation chronique, la toux chronique et l'obésité. Pour chaque facteur nous ferons quelques commentaires :

Dans notre série, les femmes ayant eu une dystocie étaient quatre fois plus susceptibles de développer une IU que les femmes indemnes (OR=3,96). D'autres auteurs ont révélé également que la dystocie est un facteur de risque.<sup>4,13</sup>

Les infections urinaires à répétition ont constitué un facteur de risque d'incontinence urinaire dans notre étude. Ce facteur de risque a été déjà rapporté par Mikou et al.<sup>4</sup> et par Minaire et Jacquetin<sup>10</sup>. Ces infections urinaires à répétition s'associant à d'autres facteurs comme la surcharge en collagène de la paroi vésicale liée à l'âge et l'atrophie de sa muqueuse liée à la ménopause retentissent sur la vessie qui perd sa compliance et est sujette à l'incontinence urinaire.

Même si des auteurs comme Mikou et al.<sup>4</sup> et Minaire et Jacquetin<sup>10</sup> ont trouvé que l'IU n'est pas significativement liée à la pratique d'épisiotomie, dans notre étude, les femmes ayant subi une épisiotomie étaient deux fois plus susceptibles de développer une IU que celles qui n'en ont pas subi. Pour notre part, les épisiotomies mal faites et mal réparées pourraient entraîner une modification de l'architecture des muscles du plancher pelvien. Il peut se développer également une fibrose, le tout aboutissant à une perte de la tonicité du plancher pelvien.

La constipation chronique est classiquement reconnue comme un facteur de risque de l'IU. Dans notre étude, les femmes qui souffraient de constipation chronique font deux fois plus d'IU que les femmes indemnes (OR=2,10). Mikou et coll.<sup>4</sup> rapportent que la constipation chronique augmente le risque d'avoir une IU, avec un RR =2,04.

L'obésité qui altère la qualité tissulaire et augmente les forces de pression sur le périnée est un facteur favorisant. Ceci a été confirmé dans notre étude avec 37,7% des femmes incontinentes obèses contre seulement 5% de non obèses.

L'âge et la parité, n'ont pas été reconnus comme facteurs de risque de l'incontinence urinaire dans notre étude, ils méritent cependant quelques commentaires: Nous avons

constaté que l'IU a augmenté avec l'âge pour atteindre 24,16% chez les femmes de 30-59 ans puis a diminué jusqu'à 6,9% chez les femmes âgées de plus de 60 ans. Plusieurs auteurs ont également noté cette évolution<sup>4,10,18</sup>.

L'incontinence urinaire a été longtemps considérée comme une maladie liée à la maternité; ces derniers temps, plusieurs enquêtes ont insisté sur la prévalence élevée de l'IU chez les jeunes femmes nullipares. Dans notre étude 21,77% des nullipares interrogées ont reconnu avoir quelques pertes d'urines. Ce taux est proche de ceux rapportés par Minaire et Jacquetin<sup>13</sup> et Lejin<sup>3</sup> qui ont noté respectivement 24,8% et 27,02%. D'autres auteurs ont rapporté des taux plus élevés: 50,2% selon Thomas et coll.<sup>11</sup> et 63,57% selon Sengler et coll.<sup>6</sup>. Pour la plupart de ces auteurs le lien entre la parité et l'IU est difficile à établir. Selon nos résultats, l'IU n'est pas significativement liée à la parité, contrairement à certains auteurs<sup>4,8,19,20</sup> qui pensent que la parité est un facteur de risque. Cependant l'accouchement seul ne suffirait pas pour expliquer l'incontinence urinaire de la femme. Même si les conditions de l'accouchement ont une part de responsabilité dans sa genèse, d'autres facteurs (hormonaux, génétiques, sociaux, culturels) pourraient intervenir. Ainsi le sport et plus particulièrement le sport de haut niveau a été incriminé par certains auteurs<sup>14,20,21</sup>.

### Aspects Cliniques

Dans notre série, 89% des femmes avaient des fuites occasionnelles et 11% les avaient de façon habituelle. Nos résultats sont en accord avec ceux de Amarenco et coll.<sup>14</sup> en France qui ont trouvé 80% de fuites occasionnelles et 20% de fuites habituelles. Peyrat et coll.<sup>15</sup> ont rapporté une fréquence de 91,9% de fuites occasionnelles et 8,1% de fuites habituelles.

La gêne occasionnée par l'IU peut nécessiter l'utilisation d'une protection. Ainsi dans notre série, 12,27% des femmes incontinentes utilisaient des protections. Nos résultats sont en accord avec ceux de Minaire et Jacquetin<sup>13</sup>, Burgio et coll.<sup>12</sup> et Lejin<sup>3</sup>, qui ont trouvé respectivement 9,9%, 12% et 26,54% de port de protection. Cette disparité des chiffres pourrait s'expliquer par les différences socio-économiques et culturelles des différentes populations de femmes étudiées.

Malgré la prévalence élevée de l'incontinence urinaire, peu de femmes consultent spontanément. Selon Laborde et Challe<sup>22</sup>, seulement une femme sur dix va consulter. Burgio et al.<sup>12</sup> considèrent qu'environ un quart des femmes ayant au moins un épisode d'incontinence par mois demandera une consultation médicale, alors que près d'une femme sur deux présentant une IU quotidienne ne recherche pas de traitement. La recherche d'un traitement n'est pas liée statistiquement au niveau d'études ni au statut professionnel<sup>12</sup>. Mais cette demande est plutôt dépendante de la fréquence des fuites. Dans notre série, seulement 5,52% des femmes incontinentes ont consulté. Notre résultat est en accord avec les données de la littérature. En effet Sengler et coll.<sup>6</sup> et Ma<sup>23</sup> ont rapporté, respectivement, un taux de consultation de 5% et 15,7%. Pour Amarenco et coll.<sup>14</sup>, 45% des femmes interrogées trouvaient normale une incontinence urinaire en post-partum; et mieux, 87% la trouvaient normale et inéluçable après un certain âge.

Ce faible taux de consultation confirme que l'IU demeure un sujet tabou pour la majorité des femmes même dans les pays développés; mais il semble que c'est le caractère, souvent occasionnel des fuites urinaires (89%), qui motive le non-recours aux soins.

### Coûts et retentissements de l'incontinence urinaire

Des auteurs comme Thomas et al.<sup>11</sup> ont noté divers retentissements physiques allant du simple prurit aux escarres en passant par des érythèmes, des irritations ou des infections cutanées dus au contact des urines. Nous avons surtout noté un prurit et des irritations peu importantes.

Sur le plan psycho-social, seul 11,04% des femmes incontinentes dans notre étude éprouvaient un sentiment de honte, de dégradation contre 61,14 % selon Lejin<sup>3</sup>. D'autres symptômes tels que troubles du sommeil et de la sexualité, manifestation de rejet par l'entourage ont été décrits par certains auteurs<sup>3,8</sup>; nous ne les avons pas retrouvés.

Dans notre étude il n'a pas été possible d'évaluer le coût financier de l'IU. Ailleurs ces dépenses ont été parfois lourdes. Au Sénégal, Lejin<sup>3</sup> a rapporté des dépenses allant de 4 500 F à 32 000 F CFA pour les consultations et les

examens complémentaires; alors que les médicaments ont coûté de 10 000 à 150 000 F CFA. Ces dépenses sont largement inférieures à celles des pays européens où ces dépenses remontent à plusieurs milliards d'Euros<sup>5</sup>. C'est dire que l'UI a aussi un coût économique important.

Nous concluons que l'incontinence urinaire de la femme est bien plus fréquente dans notre contexte que ne le laisse apparaître la pratique quotidienne dans nos services.. Elle demeure méconnue aussi bien du grand public que des professionnels de la santé.

La perte involontaire d'urines a un impact sur le confort physique et psychosocial des patientes. Malgré tout, peu de femmes acceptent de consulter spontanément chez nous, plus qu'ailleurs, car elles considèrent cette affection comme honteuse. Des enquêtes de ce type, en population générale et à l'échelle nationale, pourraient permettre de mieux apprécier l'ampleur du problème et mettre sur pied une stratégie de prise en charge adéquate des femmes qui en souffrent.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Villet R, Salet-Lizee D, Zafriropulo M. *L'incontinence urinaire d'effort de la femme*. Paris: Editions Masson, 2000.
2. Lutzler P, Khoualene M, Khoualene S, Lorenzini F, Poveda M, Benoit D. Troubles vésico-sphinctériens du sujet âgé: l'incontinence urinaire. *Tech Hosp* 2003; 6,74:65.
3. Lejin BF. Incontinence urinaire de la femme: Profil épidémiologique au Sénégal. Thèse de Médecine, Dakar, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, 1999.
4. Mikou F, Abassi O, Benjelloun A, Matar N, El Mansouri A. Prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme marocaine. A propos de 1000 cas. *Annal Urol* 2001, 35:280.
5. Ballanger P, Rischmann P. Incontinence urinaire de la femme. Rapport du 89 Congrès de l'Association Française d'Urologie. *Prog Urol* 1995, 5:739.
6. Sengler J, Sambuc R, San Marco P, Grosse D, Barbellion M. Enquête épidémiologique sur les troubles urinaires de la femme. *Ann Readaptation Méd Phys* 1993, 36:251.
7. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993, 149:1459.
8. Elfatimi A, Aboutaieb R, Sarf I, Meziane F. Incontinence urinaire de la femme marocaine. Etude de-

- scriptive en milieu urbain. *African Journal of Urology* 2002, 8:173.
9. Jitapunkul S, Khovidhunkit W. Urinary incontinence in Thai elderly living in Klong Toey slum. *J Med Assoc Thai* 1998, 18:160.
  10. Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *Br Med J* 1988, 296:1300.
  11. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J* 1980, 281:1243.
  12. Burgio L, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy middle-aged women. *J Urol* 1991, 146:1255.
  13. Minaire P, Jacquetin B. La prévalence de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale. *J Gynécol Obstét Biol Reprod (Paris)* 1992, 21:731.
  14. Amarenco G, Lacroix P, Housson B. Epidémiologie de l'incontinence urinaire de la femme: Etude de 400 cas. *La Gazette Médicale* 1987, 27:42.
  15. Peyrat L, Haillet O, Bruyère F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune. *Prog Urol* 2002, 12:52.
  16. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997, 32 (suppl. 2):3.
  17. Samuelsson E, Victor A, Tibblin C. A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20 – 59 years: prevalence, well being and wish for treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997, 76:74.
  18. Schulman C, Claes H, Matthijs J. Urinary incontinence in Belgium: A population-based epidemiological survey. *Eur Urol* 1997, 32:315.
  19. Mauroy B. Epidémiologie et physiopathologie. Gynécologie: L'incontinence urinaire de la femme. *Annales Médicales de Nancy et de Lorraine* 1998, 37:227.
  20. Elleuch MH, Ghattassi I, Guermazi M *et al.* L'incontinence urinaire chez la femme sportive nullipare. Enquête épidémiologique à propos de 105 cas. *Réadapt Méd Phys* 1998, 41:479.
  21. David H. Le sport au féminin: conséquences périnéales chez la nullipare, maternité chez la sportive. *Mémoire Ecole de Sages Femmes*, Marseille, 1993.
  22. Laborde M., Challe D. L'incontinence urinaire chez le personnel hospitalier. *Rev Infirm* 1997, 23-24:41.
  23. Ma SS. The prevalence of adult female urinary incontinence in Hong Kong Chinese. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997, 8:327.

**Editorial Comment:**

This article provides interesting epidemiological data, and although the statistics seem a bit complicated, it should be of interest to the readership. I hope it will stimulate similar studies in other African countries and will be followed by a wider population-based investigation.

Professor Paul Van Cangh  
 Université Catholique de Louvain, Brussels, Belgium

**RESUME**

**Female Urinary Incontinence in an Urban Area in Burkina Faso: Epidemiological Study of 759 Women in the City of Bobo-Dioulasso**

**Objective:** To evaluate the prevalence of urinary incontinence, identify its risk factors and describe its effects on the life of women affected by it in an urban area in Burkina Faso. **Patients and Methods:** This prospective study was carried out between January and April 2003 and was based on interviews with 759 female patients presenting to the Department of Urology, Sanou Souro Teaching Hospital, and five other medical centers in the city of Bobo-Dioulasso. By means of a questionnaire we collected information on socio-demographic patient characteristics, history of previous surgical or gynecological interventions, type of urine loss and the effects of urinary incontinence on the patients' physical, psychological and economical condition. **Results:** The mean age of the patients was 29,8 years. The ma-

jority (63.6%) were housewives, 65.5% of them married. The overall prevalence of urinary incontinence was 21,3% with a predominance (54,6%) of stress urinary incontinence. Multivariate analysis of the risk factors (using the logistic regression model) showed that the following risk factors were significantly associated with urinary incontinence: dystocia, repeated urinary tract infections, chronic constipation, episiotomy and obesity. The physical and psycho-social effect of urinary incontinence on the patients is described. **Conclusion:** Urinary incontinence is frequently encountered in our environment although only few cases are seen in our gynecology and urology departments. A population-based investigation on a national scale will allow for a better judgment of the actual extent of the problem and will help to establish a strategy on how to better control it.

All correspondence to be sent to:

Dr. T. Kambou  
CHU Sanou Souro  
B.P. 676  
Bobo-Dioulasso  
Burkina Faso

E-mail: [tkambou@hotmail.com](mailto:tkambou@hotmail.com)