

« EFFETS DE LA GROSSESSE ET DES VARIATIONS PONDÉRALES SUR LA SURVENUE DUNE INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA FEMME. UNE ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE SUR LA PART RÉVERSIBLE DE LINCONTINENCE URINAIRE » PAR ANNE-CÉCILE PIZZOFRERATO

Discipline : santé publique - épidémiologie Laboratoire : Risques cliniques et sécurité en santé des femmes et en santé périnatale - RISCQ

Résumé :

Objectif : la principale théorie développée pour expliquer l'incontinence urinaire (IU) et le défaut de support urétral est la théorie du traumatisme obstétrical : l'accouchement par voie vaginale serait susceptible d'entraîner des lésions périnéales à l'origine de l'IU et la pratique de la césarienne constituerait un facteur protecteur. Notre objectif était de préciser la part des facteurs étiologiques non liés à l'accouchement qui participent à la genèse de l'IU liée à la grossesse chez la femme. Matériel et Méthodes : nous avons d'abord étudié l'impact des facteurs de risque d'IU dans 2 populations distinctes : l'une à distance du premier accouchement (entre 4 et 12 ans), l'autre dans une cohorte de primipares suivies à 1 an du premier accouchement. Résultats : A long terme après le premier accouchement, nous avons retrouvé que la présence d'une IU au cours de la première grossesse augmentait le risque d'IU. Elle diminuait également les chances de rémission de l'IU entre 4 et 12 ans après le premier accouchement. Le mode d'accouchement et les grossesses supplémentaires n'étaient pas associés au risque d'IU à 12 ans. Par contre, un IMC élevé était associé à un risque plus élevé de développer une IU 12 ans après le premier accouchement, tandis que la perte de poids augmentait les chances de rémission. A 1 an après le premier accouchement, l'existence d'une IU lors de la grossesse était un facteur très fortement associé au risque d'IU dans le postpartum, indépendamment du mode d'accouchement. La mobilité cervico-urétrale prénatale, évaluée cliniquement ou à l'aide de l'échographie était associée significativement au risque d'IU 1 an après le premier accouchement. Nous n'avons pas retrouvé d'association significative avec le mode d'accouchement à 1 an du postpartum. Conclusion : Ces résultats montrent donc l'importance de la part des facteurs de risque « non traumatiques » sur le risque d'IU postnatale, en particulier les facteurs de susceptibilité individuelle et

métaboliques. La lecture de la littérature pourtant abondante ne permet pas de conclure quant au réel impact du mode d'accouchement sur l'IU postnatale et la possibilité de prévention par la césarienne au sein de groupes à risque particulier. La seule façon d'y répondre serait de mettre en place un essai randomisé comparant la césarienne et l'accouchement vaginal. Dans la troisième partie de ce travail, nous présentons la méthodologie du protocole de recherche que nous souhaitons mettre en place pour répondre à la question. A une époque où la relation médecin-malade évolue, la difficulté réside essentiellement en l'acceptabilité de ce type d'essai, que ce soit auprès des patientes ou des obstétriciens. Une enquête préliminaire permettra d'évaluer la faisabilité d'un tel essai en France.

Abstract :

Objective: the most often cited hypothesis to explain urinary incontinence (UI) is the theory of birth trauma: vaginal delivery would be likely to cause perineal tears leading to UI and caesarean section appears as a protective factor. The objective of our work was to clarify the importance of non-obstetric factors involved in the genesis of UI in women. **Material and Methods:** we first studied the impact of UI risk factors in two distinct populations: one away from the first delivery (between 4 and 12 years), the other at 1 year of the first delivery. **Results:** Twelve years after 1st delivery, we found that the presence of a UI during pregnancy increase the risk of UI. It also reduced the chance of UI remission between 4 and 12 years after the first delivery. Mode of delivery and additional pregnancies were associated with the risk of UI at 12 years. A higher BMI was associated with a higher risk of developing UI 12 years after the first delivery, while the weight loss increased the chances of remission. At 1 year after the 1st delivery, the existence of UI during pregnancy was a factor strongly associated with the risk of UI in the postpartum period, regardless of mode of delivery. Prenatal cervical-urethral mobility (evaluated clinically or by ultrasound) was significantly associated with the risk of UI 1 year after first delivery. **Conclusion:** These results show the importance of the "non-traumatic" risk factors on the postnatal UI risk, especially individual susceptibility factors. Yet reading the abundant literature does not conclude as to the real impact of mode of delivery on postnatal IU and the only way to respond would be to set up a randomized trial comparing cesarean and vaginal delivery. In the third part of this work, we present the methodology of the research protocol we wish to set up to answer the question. The problem lies for us in the acceptability of this type of trial. A preliminary investigation will assess the feasibility of such a trial in France.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

M. Arnaud FAUCONNIER, PUPH, Université Versailles Asint Quentin en Yvelynes, FRANCE - Directeur de these

Mme Sophie ALEXANDER, Directeur de recherche, UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES, BELGIQUE - Rapporteur

M. Michel COSSON, Professeur des universités – praticien hospitalier, Université Nord France, Lille II, FRANCE - Rapporteur

M. Xavier FRITEL, Professeur des universités – praticien hospitalier, UNIVERSITE POITIERS, FRANCE - CoDirecteur de these

M. Hervé FERNANDEZ, Professeur des universités – praticien hospitalier, UNIVERSITE PARIS SUD 11, FRANCE - Examineur

Mme Els BAKKER, Directeur de recherche, Institut Parnasse et deux Alice, BELGIQUE - Examineur

Mme Beatrice BLONDEL, Directeur de recherche, Université Paris Descartes, FRANCE - Examineur

Contact :

DSR - Service SFED : theses@uvsq.fr

