Zeitschrift: Générations plus : bien vivre son âge
Herausgeber: Générations
Band: - (2011)
Heft: 25

Artikel: "L'incontinence n'est plus une fatalité"
Autor: Stucki, David / Zirilli, Anne
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-831938

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

«L'incontinence n'est plus une fatalité»

L'un des principaux effets de la ménopause se guérit souvent. Le professeur David Stucki, de la Clinique Générale de Fribourg, explique comment.

Confronté chaque jour à ce problème durant vingt-cinq ans de pratique à la tête du service de gynécologie de l'Hôpital cantonal de Fribourg puis, aujourd'hui, à la Clinique Générale, le professeur David Stucki a décidé de se battre pour que l'incontinence ne soit pas une fatalité. Dans son désir de soulager les patientes victimes de «fuites», ce chirurgien charismatique sera même le premier à pratiquer en Suisse la nouvelle technique opératoire par bandelette, mise au point par un confrère suédois, comme l'atteste un diplôme daté du 21 mai 1998.

L'incontinence urinaire est-elle si fréquente que cela?

Elle touche une femme sur deux après la ménopause et 20% environ des mères de 30 à 40 ans. Ce trouble est si fréquent que je demande systématiquement à mes patientes si elles ont des pertes d'urine.

Quelle est l'origine du problème, l'accouchement ou la ménopause?

Dans l'incontinence d'effort, celle qui survient lorsqu'on rit ou qu'on tousse, les deux facteurs se combinent souvent. La tête d'un bébé fait 10 cm de diamètre... Imaginez ce qui se passe lors de l'expulsion. La structure ligamentaire et musculaire du petit bassin subit un traumatisme, la vessie se déplace et l'urètre ne fonctionne plus correctement. Les exercices de rééducation permettent généralement de maîtriser la situation. Mais, à la ménopause, le problème réapparaît, car la chute du taux d'œstrogènes fragilise et relâche les tissus.

Les femmes qui n'ont pas eu d'enfants échappent-elles à ces ennuis?

Pas toujours. La pratique d'un sport violent, une toux persistante chronique ou une constipation opiniâtre peuvent également relâcher les muscles et ligaments. Par ailleurs, il existe une deuxième forme d'incontinence, causée par une hyperactivité de la vessie. Il faut savoir que la vessie est, avec le vagin, l'un des deux organes les plus gourmands en hormones. Privée d'œstrogènes, elle peut devenir irritable, sensible aux infections. Le muscle qui l'entoure se contracte alors de façon compulsive, entraînant des fuites incontrôlées.

Heureusement, il existe une intervention chirurgicale salvatrice...

C'est un grand bond en avant, mais cette opération est réservée à l'incontinence d'effort. Elle consiste à poser une bandelette synthétique qui soutient l'urètre. Au début, la bandelette prenait l'urètre en fourchette (technique TVT), aujourd'hui on la pose plutôt en forme de vague (technique TOT). Plus de 700 000 opérations de ce type ont été pratiquées dans le monde avec un taux de réussite de 80-90%.

Cela fait tout de même 10 à 20% d'échecs. A quoi faut-il les attribuer?

A la difficulté de l'intervention. Elle est très simple sur le papier, mais il faut avoir du doigté. Si l'on tire trop sur la bandelette, la patiente ne parvient plus à vider sa vessie. Et si l'on ne tire pas suffisamment, la bandelette ne sert à rien.

Quels traitements en dehors de la chirurgie? La rééducation est-elle efficace?

Oui, pour les deux formes d'incontinence, pour autant que la patiente consulte une physiothérapeute spécialisée, qui saura lui prescrire les exercices adaptés. L'autre traitement de choix fait appel aux œstrogènes locaux, des crèmes ou ovules vaginales faiblement dosées. On utilise aussi parfois des pessaires contre l'incontinence d'effort, des médicaments et des injections de botox pour calmer la vessie hyperactive, mais ces traitements présentent certains inconvénients.

Ne devrait-on pas proposer l'opération systématiquement, afin d'éviter aux femmes de porter des couches ou une sonde dans les dernières années de leur vie?

La patiente doit être renseignée, mais c'est à elle de décider. Certaines s'accommodent d'une incontinence sévère, qui les oblige à porter des protections, alors que d'autres ne supportent pas la moindre fuite. Cela est très personnel.

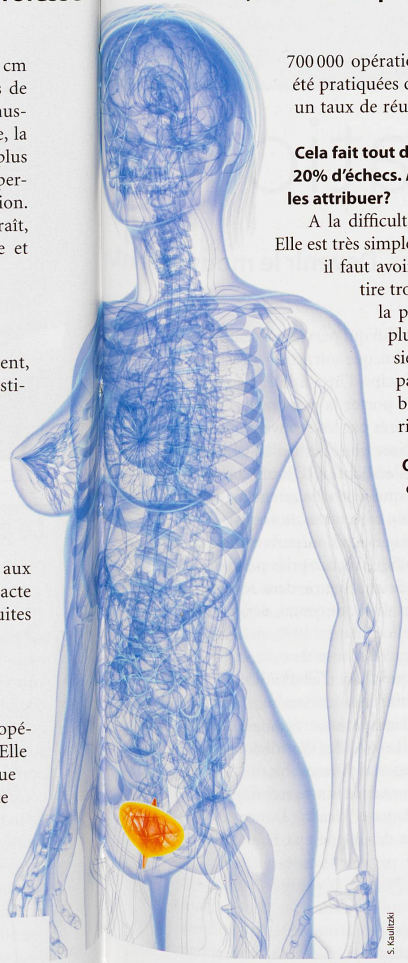
Jusqu'à quel âge peut-on pratiquer l'opération?

Il n'y a pas d'âge limite. J'opère aussi des femmes entre 80 et 90 ans.

Propos recueillis par Anne Zirilli

«Elle touche une femme sur deux après la ménopause...»

Pr David Stucki



S. Kaulitzki

Cancer du sein: diagnostic en 24 heures

Un projet mis en place par le Pr David Stucki à la Clinique Générale, pour éviter les angoisses dues à l'attente et accélérer le traitement.
Tous les gestes et examens accomplis par le gynécologue et le radiologue sont effectués dans la même journée: inspection et palpation du sein, mammographie, échographie, IRM, ponction à l'aiguille fine ou biopsie à l'aiguille.
Le résultat tombe le lendemain (ou le surlendemain si l'on a fait une biopsie). Le même jour, la patiente voit son gynécologue, fixe la date de l'opération (si elle le souhaite), tandis que l'équipe soignante se réunit pour organiser la prise en charge médicale.

L'opération en pratique

Intervention d'une demi-heure sous péridurale, suivie d'un jour à un jour et demi d'hospitalisation pour contrôler la miction. Reprise du travail deux à trois semaines plus tard. Pas d'efforts importants pendant un mois. Peu de douleurs. Complications rares. Résultats immédiats.

Les trois formes d'incontinence

- Incontinence d'effort, 60% des cas. Fuites provoquées par la faiblesse des tissus de soutien du petit bassin. Opérable.
- Vessie hyperactive, 10% des cas. Fuites provoquées par des contractions prématurées et incontrôlées du muscle entourant la vessie. Opération inefficace.
- Incontinence mixte, 20% des cas. On n'opère que si l'incontinence d'effort l'emporte sur l'hyperactivité de la vessie.