
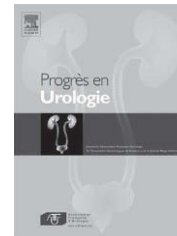




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



# Recommandations pour le traitement palliatif de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme

Guidelines for the palliative treatment of non-neurological urinary incontinence in women

S. Conquy<sup>a,\*</sup>, B. Leriche<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Clinique Urologique, CHU Cochin, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75694 Paris cedex 14, France*

<sup>b</sup>*Clinique protestante, 1-3, chemin du Penthod, 69300 Caluire-et-Cuire, France*

## MOTS CLÉS

Incontinence urinaire ;  
Traitement ;  
Palliatifs ;  
Protections ;  
Pessaire

## KEYWORDS

Urinary incontinence;  
Treatment;  
Palliative ;  
Protections ;  
Pessary

## Résumé

Les palliatifs absorbants se sont beaucoup améliorés ces dernières années tant en efficacité qu'en confort, mais il persiste un problème de coût pour les patientes. Ils ne peuvent se concevoir que de façon très ponctuelle en attendant l'efficacité d'un traitement curatif ou plus durablement si aucune autre prise en charge n'est envisageable. On s'efforcera toujours de choisir le modèle adapté à l'importance des fuites et à la conformation de la patiente. De nombreux traitements palliatifs non absorbants ont fait l'objet de publications concernant souvent un effectif réduit. Ils se regroupent en 3 types : extra-urétral occlusif, intra-urétral obstructif et intravaginal de support. L'utilisation de pessaire ou d'autres dispositifs vaginaux peut être proposée, en particulier lorsqu'il existe un prolapsus associé. Ceux-ci peuvent être utilisés lorsque les fuites sont très occasionnelles (sport, etc.) ou chez les femmes ne pouvant avoir aucun autre traitement.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

## Summary

Absorbant products have greatly improved over the past few years in terms of both efficacy and comfort, but the problem of cost for patients persists. They can only be used for short periods of time while waiting for effective curative treatment or over longer periods if no other management option is possible. The model chosen must be adapted to the amount of leakage and the patient's shape.

Many nonabsorbant palliative treatments have been reported, often with small series. They can be grouped into three types: extra-urethral occlusive devices, intra-urethral obstructive

\* Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : bealeriche@wanadoo.fr (B. Leriche).

devices, and intravaginal support devices. The use of a pessary or other vaginal devices can be proposed, in particular with associated prolapsus, which can be used when leakage is very occasional (sport, etc.) or in women who cannot have any other treatment.  
© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

Les traitements palliatifs de l'incontinence urinaire féminine peuvent se subdiviser en palliatifs absorbants et non absorbants. Ils trouvent leur place soit de façon définitive chez des patientes trop fragiles pour permettre un autre traitement, soit de façon temporaire en attendant une prise en charge curative ou à l'occasion d'activités occasionnelles pendant lesquelles les femmes sont gênées comme le sport.

## Les palliatifs absorbants

Ils sont appelés de façon commune « couches » ou « protections » et ne devraient trouver leur place que dans les cas où les autres thérapeutiques se sont révélées être un échec. En fait, on peut également les utiliser de façon plus ponctuelle dans les incontinenances légères pour attendre une prise en charge thérapeutique. La problématique n'est donc pas la même entre une incontinence légère avec des protections minimales et probablement transitoires et une incontinence majeure ayant mis en échec tous les traitements proposés.

## Les différents produits

Dans les incontinenances légères, on utilise des produits de petite taille à pouvoir absorbant modéré (inférieur à 500 ml). Pour les femmes, ces produits s'apparentent aux protections périodiques tout en disposant d'un pouvoir absorbant supérieur, adapté aux fuites urinaires. En fonction de leurs symptômes, les femmes ont recours à ces protections de façon quotidienne ou occasionnelle selon les activités mettant en péril la continence (sport, activité professionnelle...). Cette notion de protections (type et nombre par jour) est souvent un des éléments pour évaluer le retentissement de l'incontinence sur la qualité de vie.

Dans les incontinenances sévères, le pouvoir absorbant doit être supérieur (entre 500 et 2 000 ml). Les protections doivent épouser au mieux les formes du corps. Il s'agit de sous-vêtements absorbants (slips absorbants s'enfilant et se retirant comme un slip ordinaire, très appréciés du fait d'un bon rapport sécurité/facilité d'emploi) ou, au maximum, de changes complets. Le but de tous ces produits est d'assurer la meilleure efficacité avec confort et discrétion.

## Marché et coût des palliatifs

En 2006, le marché des produits absorbants était autour de 170 millions d'euros avec depuis 2001 une progression annuelle de 8 à 15 % jusqu'en 2006, puis un ralentissement traduisant une meilleure prise en charge. Le panier moyen

d'un incontinent est compris entre 30 et 150 euros par mois en fonction de l'importance des fuites.

Les réseaux de distribution se font essentiellement dans les grandes/moyennes surfaces et dans les pharmacies. Plus rarement, les patientes se fournissent par le biais de magasins de matériel médical ou d'associations.

## Prise en charge financière

Contrairement à la majorité des pays européens, les produits absorbants ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie en dehors de certaines caisses comme le Secours Minier. Cela représente souvent un coût difficile à supporter par les patientes d'autant que la TVA à 19,6 % majore le prix.

Une aide peut exister pour les personnes de plus de 60 ans bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) qui peut « couvrir les frais liés aux changes pour les personnes incontinentes ». Cette indemnité varie de 500 à 1 200 euros selon le degré de dépendance, mais l'état sphinctérien n'est pas pris en compte dans l'évaluation du handicap. La création de réseaux de soins, notamment gériatologiques, permet également une prise en charge partielle des palliatifs.

En conclusion, les palliatifs ont bénéficié d'une amélioration importante tant pour le pouvoir absorbant que pour le confort. Ils doivent rester d'utilisation exceptionnelle, la prise en charge de l'incontinence urinaire permettant de guérir un grand nombre de patientes. Reste le problème de la prise en charge qui limite encore l'accès à ces produits pour des patientes dont le handicap urinaire est souvent important.

## Les palliatifs non absorbants [1]

L'obturateur urétral autostatique à usage unique, dont l'idée pouvait sembler séduisante, n'a pas fait la preuve d'une efficacité et d'une innocuité suffisantes. Aucune publication n'a été faite depuis 1998, sauf pour évoquer les complications [2,3]. Son coût élevé en a sans doute limité la diffusion.

Un dispositif intra-urétral autocommandé par un système d'aimant a été proposé par Nativ et al. [4], mais le nombre de patientes et le recul étaient trop faibles pour autoriser une conclusion formelle. Ce dispositif permet aussi bien le traitement de l'incontinence que celui de la rétention. Il existe en différentes longueurs et diamètres et doit être changé par le médecin tous les mois. La tolérance de la méthode est médiocre.

Le pessaire est un dispositif intravaginal constitué d'un anneau fait de silicone ou plus rarement de latex, plus ou moins rigide et dont les dimensions sont prévues

pour s'adapter à l'anatomie de la femme. Le pessaire est généralement prescrit lorsqu'il existe un prolapsus associé. Il est nécessaire de bien choisir la taille de l'anneau (le plus souvent de diamètre 65 à 80 mm pour les anneaux et 40 mm pour les cubes), ce qui peut justifier plusieurs tentatives car la tolérance du système repose sur la bonne adéquation entre la morphologie de la patiente et la taille du pessaire. De nombreux modèles existent et ils doivent être idéalement choisis tels que les patientes puissent les mettre en place elles-mêmes. S'ils sont mis en place et enlevés par le médecin, le changement doit être régulier (au maximum tous les 3 mois). Le pessaire permet l'amélioration de la continence dans 36 % des cas contre 48 % avec l'utilisation d'un tampon vaginal [5]. Les pessaires ont une efficacité supérieure chez les patientes utilisant simultanément un traitement hormonal substitutif, ce qui rend difficile l'appréciation exacte du bénéfice spécifiquement lié au pessaire [6-8]. Ces pessaires sont peu onéreux (40 à 50 euros mais non remboursés par la Sécurité sociale) et n'empêchent pas un autre traitement ultérieur. Leur bénéfice semble supérieur à l'abstention sans qu'il puisse se dégager la supériorité de l'un des modèles par rapport aux autres [9].

Les tampons vaginaux (en particulier ceux sans applicateurs dont le diamètre augmente après introduction) ou les dispositifs vaginaux spécifiques (Temporella, Femcare, etc.) réalisent une compression de l'urètre proximal. Ils peuvent être particulièrement utiles chez les patientes gênées ponctuellement, par exemple lors de la pratique sportive. Comme les pessaires, ils nécessitent une hygiène méticuleuse pour que la tolérance vaginale soit acceptable à long terme.

Les dispositifs externes sont difficilement utilisables chez la femme. Ils comportent une poche adhésive appliquée sur le méat et reliée à un collecteur mais posent des problèmes d'adhérence et donc d'étanchéité. Ils sont rarement utilisés en dehors de quelques situations d'alitement permanent. Un dispositif d'occlusion externe du méat a fait l'objet d'une seule publication [10].

Le cathétérisme urétral permanent ou intermittent peut être proposé lorsqu'il s'agit de fuites par regorgement mais aucune publication n'a été réalisée chez la patiente non neurologique. Le port d'une sonde à demeure expose au risque d'infections symptomatiques dans près de 80 % des cas [11].

## Conflit d'intérêts

S. Conquy : aucun.

B. Leriche : aucun.

## Références

- [1] Shamlivan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med* 2008;148:459-73.
- [2] Laursen L, Jochumsen KM. [Picture of the month: encrusted VIVA plug]. *Ugeskr Laeger* 2002;164:3548.
- [3] Junemann KP, Hoang-Bohm J, Wipfler G, Krautschick A, Esen T, Alken P. [Current therapy standards in treatment of genuine stress incontinence in the woman with urethral mini-devices]. *Urologe A* 1997;36:405-12.
- [4] Nativ O, Moskowitz B, Issaq E, Condrea A, Kastin A, Halachmi S, et al. A new intraurethral sphincter prosthesis with a self contained urinary pump. *Asaio J* 1997;43:197-203.
- [5] Thyssen H, Bidmead J, Lose G, Moller Bek K, Dwyer P, Cardozo L. A new intravaginal device for stress incontinence in women. *BJU Int* 2001;88:889-92.
- [6] Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17:155-9.
- [7] Nygaard I. Prevention of exercise incontinence with mechanical devices. *J Reprod Med* 1995;40:89-94.
- [8] Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999;318:487-93.
- [9] Shaikh S, Ong EK, Glavind K, Cook J, N'Dow JM. Mechanical devices for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD001756.
- [10] Eckford SD, Jackson SR, Lewis PA, Abrams P. The continence control pad--a new external urethral occlusion device in the management of stress incontinence. *Br J Urol* 1996;77:538-40.
- [11] Kohler-Ockmore J, Feneley RC. Long-term catheterization of the bladder: prevalence and morbidity. *Br J Urol* 1996;77:347-51.