

FORUM MÉDICAL

Incontinence urinaire

Comment gérer l'incontinence urinaire quand il n'y a pas de traitement curatif ?

L'incontinence urinaire (IU) est un problème de santé publique dont l'incidence et la prévalence augmentent avec l'âge (env. 15% des femmes à 40 ans, 25% entre 40 et 50 ans, plus de 50 à 60% au-dessus de 60 ans) (1), on considère que le ratio homme/femme est d'environ un quart. En Suisse, on estime qu'au moins 400'000 personnes, tout âge confondu, souffrent de ce problème (2).

L'IU est un problème sous-diagnostiqué et sous-traité, c'est un sujet tabou qui est difficilement abordé par le patient et le médecin (Don't ask, don't tell) (3), elle est plus souvent une découverte qu'une plainte. Néanmoins, l'IU a un grand impact sur la qualité de vie de nos patients âgés, elle peut être à l'origine d'un retrait social, d'une perte d'estime de soi, de chutes, elle génère des coûts importants et est complexe à gérer. C'est de la qualité de l'observation, de l'anamnèse et de la communication que dépend une approche réussie de ce problème délicat à aborder. L'attention se portera en particulier sur l'environnement du patient, sa capacité à se déplacer, le bilan de ses fonctions cognitives et ses capacités fonctionnelles. Ces éléments, s'ils sont mal évalués, peuvent contribuer à péjorer le problème.



Dr méd.
Wanda Bosshard Taroni
Cully

Diagnostic

Une anamnèse ciblée par le médecin de premier recours (avec le patient, les proches et/ou l'équipe de soins) permet de différencier les différents types d'incontinence urinaire sans nécessiter, en principe, d'examen complémentaires : incontinence d'effort, de stress (ou d'urgence), de regorgement, incontinence fonctionnelle. Selon l'évaluation qui en ressort, l'anamnèse peut être complétée par des examens complémentaires (résidu post-mictionnel, bilan uro-gynécologique).

La prise en charge doit être discutée avec le patient (et le proche aidant) et/ou les soignants professionnels qui l'entourent, répondre à ses souhaits et priorités et doit être régulièrement réévaluée.

TAB. 1 Calendrier mictionnel					
Heure	Type de vêtement	Urge/Effort	Petite perte d'urine	Grosse perte d'urine	Noter les raisons de cette perte d'urine et quantité de boissons bues
7h					
8h					
9h					
10h					
11h					
12h					
13h					
14h					
15h					
16h					
17h					
18h					
Etc.					

TAB. 2 Liste des médicaments pouvant causer ou augmenter une incontinence urinaire (4)	
Classe thérapeutique	
▶ Diurétiques	
▶ Neuroleptiques	
▶ Sédatifs	
▶ Médicaments dépresseurs du SNC	
▶ Antiparkinsoniens	
▶ Opiacés	
▶ Alpha bloquants	
▶ Agonistes Alpha-adrénergiques (décongestionnants nasaux)	
▶ Inhibiteurs calciques	
▶ Alcool	
▶ caféine	

Prise en charge et traitement

Afin de documenter l'incontinence, la première étape est celle d'établir un calendrier mictionnel (tab. 1) dans lequel on récolte les informations concernant les horaires des mictions, la quantité d'urine, la qualité de l'urine, les circonstances qui ont pu favoriser l'incontinence (par exemple un obstacle architectural).

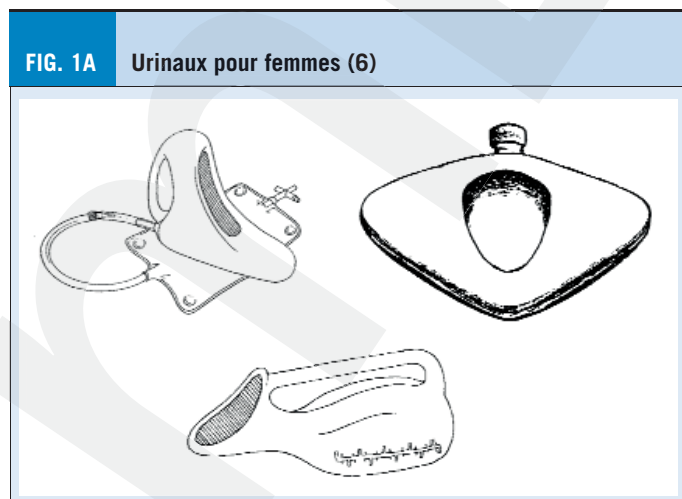
A partir des différentes informations collectées, il faut éliminer toutes les causes réversibles. L'infection urinaire symptomatique est traitée, le transit est régulé (constipation, fécalome). Les différentes pathologies et problèmes métaboliques (p. ex. hyperglycémie, hypercalcémie) associés doivent être pris en compte et traités dans la mesure du possible. Une revue médicamenteuse doit être également effectuée, de façon à diminuer ou arrêter la prescription de médicaments pouvant être directement (p. ex. diurétiques) ou indirectement (p. ex. neuroleptiques augmentant le risque de chute) une cause aggravante du problème (tab. 2).

Les interventions thérapeutiques comprennent également :

- ▶ des mesures comportementales : le schéma W.C. avec la mise en place d'horaires réguliers de vidange vésicale, une hydratation concentrée essentiellement sur la matinée et l'après-midi, évitée dans la mesure du possible le soir et avant le coucher ;
- ▶ des modifications environnementales (porte des toilettes facilement reconnaissable, WC rapidement et librement accessibles, température agréable à l'intérieur des toilettes, hauteur adaptée de la lunette des WC, poignées de soutien pour s'asseoir et se relever, habillement fonctionnel et adapté à la mobilité individuelle) ;
- ▶ des solutions médicamenteuses (traitement anti-cholinergique en cas d'IU de stress ou traitement oestrogénique local) ;
- ▶ des solutions chirurgicales.

L'efficacité des interventions devrait être mesurée régulièrement à l'aide du calendrier mictionnel, le plan de traitement devant être rediscuté selon les résultats obtenus.

Une évaluation gériatrique globale, par une équipe spécialisée, peut aider à mettre en exergue les syndromes gériatriques dont la prise en charge aiderait à comprendre et à diminuer les épisodes d'incontinence (dépendance fonctionnelle, troubles de la marche, troubles cognitifs, dépression, etc.).



Moyens auxiliaires de gestion de l'incontinence urinaire

Si les interventions thérapeutiques proposées demeurent insuffisantes ou si les patients renoncent à entrer dans la démarche décrite ci-dessus, il est important de connaître les différents moyens auxiliaires qui vont permettre de gérer l'incontinence urinaire, ainsi que les éventuelles possibilités de remboursement par les caisses maladie.

L'enjeu est de minimiser l'impact de ce handicap sur la qualité de vie. Le matériel de gestion de l'incontinence devrait être réévalué régulièrement du point de vue du confort, de l'existence de fuites, d'odeurs, d'éventuels effets secondaires (lésions de la peau, infections urinaires) et des coûts.

Une prise en charge interdisciplinaire et globale des patients souffrant d'une incontinence urinaire va contribuer à une amélioration notable de la qualité de vie des personnes concernées (y compris de l'entourage).

Pour avoir un maximum de choix, il faut connaître le matériel existant dont la liste qui va suivre ne pourra pas être exhaustive, mais nous conseillons aux lecteurs intéressés la lecture de la revue de la littérature du Prof. A. Cottenden (6).

Urinal pour femmes, urinal pour hommes

Ce choix est surtout adapté pour des incontinences d'urgence ou pour des mictions nombreuses la nuit chez des personnes dont la mobilité est réduite ou entravée par des obstacles. Il existe même des modèles qu'on peut connecter à un sac collecteur ou des modèles anti-reflux. L'utilisation de ces moyens demande un apprentissage et différents modèles sont disponibles (poignées, façon de le positionner, à utiliser assis, debout, au bord du lit, etc.).

Chaise percée

La chaise percée offre l'avantage de pouvoir être installée à côté du lit en cas de difficultés de mobilisation et de pouvoir être utilisée pour uriner ou pour aller à selles, mais son utilisation doit être testée et exercée pour vérifier l'absence de difficultés aux transferts susceptibles d'entraîner un risque de chute supplémentaire. La difficulté à la vider et à la nettoyer (mauvaises odeurs résiduelles) doit également être prise en compte. Les personnes souffrant de démence pourraient ne pas la reconnaître et en général, elle pose des soucis de protection de l'intimité de la personne qui ne sont pas toujours faciles à résoudre (à domicile et surtout à l'hôpital et en institution). Enfin, il existe un risque de lésions

de la peau en cas d'utilisation prolongée. Le type de chaise percée devrait être décidé en accord avec le patient et au minimum après une discussion avec un/e ergothérapeute et/ou un/e infirmière afin de prendre en compte tous les désavantages potentiels de ce moyen auxiliaire.



Fig. 1b: urinal pour hommes (6)

Protections

Les protections doivent être choisies selon les critères suivants :

- ▶ le type et le degré d'incontinence (urines ou selles) ;
- ▶ le sexe ;
- ▶ capacités cognitives ;

- capacités fonctionnelles et de mobilité ;
- environnement social ;
- imperméabilité aux fuites et aux odeurs, sécurisante par ses capacités d'absorption et de rétention ;
- état de la peau et les données anatomiques ;
- types d'activités (jour et nuit, sport, travail) ;
- facilité à mettre, permettre l'indépendance , permettre un retour à la vie sociale ;
- facilité à se procurer et à ranger ;
- critère économique (prise en charge par les caisses maladie).

La capacité de changer les protections de façon indépendante doit être testée et exercée, et la tolérance des matériaux par la peau doit être vérifiée régulièrement. Pour réduire les coûts (directs ou indirects) induits, la formation des soignants et l'information des patients est essentielle.

La capacité absorbante des protections doit être adaptée à la gravité de l'incontinence et répondre aux besoins individuels des patients (sécurité vs discrétion).

La difficulté de choix entre les différentes offres du marché (matériel absorbant, tissus à contact avec la peau, etc.) sera peut être diminuée par le travail de la NAFC (the National Association of Incontinence), qui a formé un groupe de travail composé de différents professionnels du secteur pour essayer de réunir un maximum d'évidences aptes à orienter les choix des patients, des aidants et des professionnels selon des critères de coût-efficacité. Pour l'instant une revue EBM (8) est à disposition on-line sur le site : www.hta.ac.uk/fullmono/mon1229.pdf. A nos latitudes, il existe la possibilité de suivre des formations offertes par les fabricants, à fin d'aider les soignants et les patients à effectuer le choix des protections (exemple: inco-système Hartmann).

Étui pénien : collecteur externe d'urine pour homme

Définition. L'étui pénien est un système de drainage externe utilisé dans le traitement de l'incontinence urinaire chez l'homme. Il s'agit d'un système non invasif qui n'entre pas en contact avec la muqueuse de l'urètre.



Fig. 2: Chaise percée

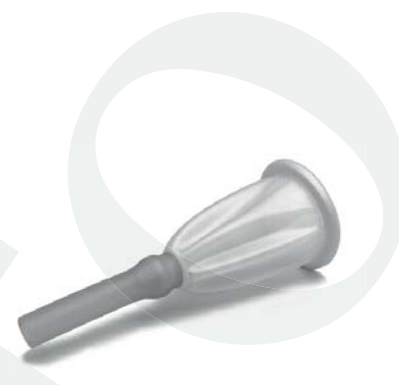


Fig. 4: Exemple d'étui pénien (9)

Indications :

- hyperactivité vésicale sans résidu post-mictionnel chez l'homme ;
- incontinence chez l'homme- perte d'urines diurnes et/ou nocturnes, avec ou sans impériosité, mais sans résidu post-mictionnel (RPM) ;
- problème urologiques chez l'homme présentant un syndrome neuromusculaire ;
- chirurgie lourde du bassin chez l'homme avec profil mictionnel normal.

Contre-indications :

- allergie au latex ;
- résidu post-mictionnel significatif ;
- pathologie urologique obstructive.

Avantages :

- diminution des épisodes d'infection urinaire par rapport au port d'une sonde à demeure chez les patients hospitalisés ;
- diminution des infections urinaires en cas d'incontinence de selles, surtout si liquides ;
- diminution de l'odeur et de protection de la peau du contact avec l'urine.

FIG. 3 Quelle protection pour quelle incontinence ? L'exemple de «L'inco-système Hartmann »

Définitions:	L'inco système HARTMANN					
Incontinence légère: Fuites d'urine de < 100 ml en 4 heures						
Incontinence moyenne: Fuites d'urine 100-200 ml en 4 heures						
Incontinence grave: Fuites d'urine 200-300 ml en 4 heures						
Incontinence totale: Fuites d'urine > 300 ml en 4 heures. Souvent avec incontinence fécale						
	Molipants					

Inconvénients :

- ▶ problèmes de maintien en place dus à une taille inadaptée ou à un mauvais positionnement ;
- ▶ risque d'allergie (Cave : latex) ;
- ▶ l'étui pénien doit être changé au moins 1x/24h.

Complications :

- ▶ lésions cutanées, escarres ;
- ▶ fuite (taille de l'étui pénien trop petit, présence d'une rétraction du pénis, un débit urinaire anormalement élevé) ;
- ▶ infections urinaires plus nombreuses que chez les personnes continentes ou non continentes utilisant les protections.

Remboursement du matériel d'incontinence

Le matériel d'incontinence (protections et matériel de sondage, lubrifiants pour catheter, condom et sacs urinaires) est en principe remboursé par l'assurance maladie de base (LAMal), pour autant qu'il s'agisse d'une incontinence urinaire moyenne (>100 ml/4h), qu'il y ait un diagnostic et une ordonnance médicale, mais la LiMa (liste des moyens et des appareils de la LAMal) a introduit des montants maximaux de remboursement en fonction des degrés d'incontinence. L'incontinence légère (perte d'urine inférieure à 100 ml/4h) n'est pas une maladie au sens de la LAMaL. Les protège-slips ne sont pas remboursés (7).

Dr méd. Wanda Bosshard Taroni

Médecin-chef adjoint
Hôpital de Lavaux
Chemin des Colombaires 31
1096 Cully
wanda.bosshard@hopitaldelavaux.ch

Gisèle Gaudin

Infirmière, praticienne formatrice
Hôpital de Lavaux
Chemin des Colombaires 31
1096 Cully
gisele.gaudin@bluewin.ch

Remerciements :

Nos remerciements les plus sincères vont au Prof. A. Cottenden pour la mise à disposition du matériel graphique de son article, à Madame H. Lurvink (EAUN coordinator), à Madame E. Guilloud de Hartmann pour la mise à disposition du tableau sur « l'inco-système », à Madame Barbey Marie-France, responsable du CMS Cully-Lavaux, au Dr. G.Pralong pour sa lecture attentive et ses corrections.

Références :

1. G. Schär : L'incontinence urinaire de la femme : une atteinte fréquente et souvent sévère à la qualité de la vie, Forum Med Suisse, 2006; 6:442-447.
2. Association suisse d'aide à la continence www.inkontinex.ch
3. Cochran A.: Don't ask, don't tell: the incontinence conspiracy. Manag Care Q 2000; 8(1):44-52.
4. HAS (Haute autorité de santé)-Prise en charge de l'incontinence urinaire chez la femme en médecine générale- Recommandations de pratique clinique 2003
5. www.incontinence-info.com
6. A. Cottenden et al, Management using continence products
7. www.bag.admin.ch/themen
8. M. Fader, A.Cottenden et al., absorbent products for urinary et fecal incontinence : a comparative evaluation of key product designs, Health Technology Assessment, 2008; vol. 12 :No 29
9. V.Geng et al., l'étui pénien, European Association of Urology Nurses, www.eaun.uroweb.org

TAB. 3 Remboursement selon la LAMal			
Incontinence	Moyenne 100–200 ml/4h	Grave >200 ml/4h	Incontinence totale :
	CAVE : LIMITATION Uniquement si incontinence due à ces maladies (ex : SEP, Parkinson, Démence, Paralyse)	Condoms urinaires remboursés dès ce stade d'incontinence	Évacuation incontrôlée et continue d'urine ou de selles
Remboursement/an	624 FRS	1260 FRS	1884 FRS

Message à retenir

- ◆ L'incontinence a un retentissement important sur la qualité de vie des patients, elle doit être recherchée par une anamnèse ciblée et systématique.
- ◆ Même en absence d'un traitement pouvant guérir l'incontinence urinaire, il existe des mesures comportementales et des moyens auxiliaires qu'il s'agit de connaître, proposer et évaluer. Les patients en profiteront en terme de qualité de vie et estime de soi, l'équipe soignante et/ou les proches verront leur tâche facilitée, les coûts pourront également être mieux maîtrisés.
- ◆ Une évaluation gériatrique globale permet de compléter le bilan, de planifier la prise en charge, d'affiner la revue des médicaments, de choisir le meilleur moyen auxiliaire en tenant compte d'éventuels troubles de la marche, difficulté de mobilité et risques de chutes.
- ◆ Une prise en charge interdisciplinaire est nécessaire pour choisir le matériel d'incontinence le plus adapté à la situation clinique. Le médecin traitant doit coordonner les interventions et peut s'appuyer, le cas échéant, sur une équipe gériatrique.