



Revue de la Mutuelle Centrale des Finances

Juillet 2005

n°133

ISSN 1141-4685 Prix 1,14 €

Dossier

La Mutuelle Centrale des Finances

adhère au GIM !

Incontinence ou... Incontinentes ou... incontinents ?

Depuis quelques années, le tabou de l'incontinence urinaire semble être levé. Pour les 5 millions de personnes en France qui partagent ce problème quotidien, dont 500 000 incontinents sévères', il s'agit d'une véritable révolution. Pourtant, trop de personnes vivent encore dans l'exclusion et sont plongées dans le désarroi.

A l'origine de ce phénomène, une méconnaissance de leur pathologie qui leur renvoie une image négative et les empêche d'en parler à leur médecin, leur entourage...

Une pathologie plus fréquente, plus "jeune" et plus "masculine" que les idées reçues

À l'opposé de l'image populaire, l'incontinence urinaire n'est pas spécifiquement le fait de femmes de plus de 70 ans ou des tout jeunes enfants.

Ainsi, une étude internationale a pu montrer que, si la prévalence de l'incontinence était supérieure chez les femmes de 40 à 49 ans (15,5) à celle des hommes du même âge (10,6), elle n'en était pas moins existante chez ces derniers. Au fil des ans, cette prévalence augmente fortement chez l'homme (19 pour les 50-59 ans, 30,5 pour les 60-69 ans, 40,4 pour les 70-79 ans) alors que chez la femme, celle-ci ne double réellement que pour la tranche d'âge 70-79 ans (28,7)².

Au global, la population féminine reste la plus touchée, 10 à 20 % de femmes étant concernés par l'incontinence urinaire³ ;

l'augmentation de la prévalence masculine avec l'âge est contrebalancée par la baisse des effectifs démographiques masculins pendant la même période.

De l'incontinence aux incontines

Si l'incontinence urinaire représente une réelle gêne quelles que soient les personnes, toutes ne sont pas égales devant elle et certaines vivent un handicap au quotidien. Car il n'existe pas une incontinence mais des incontines.

L'incontinence par impériosité ou par urgence, un handicap permanent

Difficile à vivre car "permanente" et totalement imprévisible, l'incontinence urinaire par impériosité est due à une hyperactivité vésicale (la vessie se contracte trop tôt, sans raison) qui entraîne des besoins d'uriner incessants, impromptus, de jour comme de nuit...

L'incontinence d'effort, une gêne avec de forts retentissements sur la vie sociale

Cette forme d'incontinence se caractérise par un trouble mécanique marqué par une faiblesse des muscles du périnée et

du sphincter urinaire qui, en temps normal, permettent la continence et empêchent les fuites. Lors d'un effort exceptionnel (toux, rire, éternuement, voire effort physique pour soulever un objet au sol...), les muscles affaiblis ne peuvent plus jouer leur rôle et les fuites se produisent.

L'incontinence mixte, la nécessité d'une prise en charge complète

Associant incontinence d'effort et incontinence par impériosité, l'incontinence mixte est relativement fréquente et plus difficile à traiter : les deux incontines n'ayant pas les mêmes causes, elles n'ont pas les mêmes traitements.

Une solution innovante : la neuromodulation

Le principe

La neuromodulation des racines sacrées consiste à délivrer de faibles impulsions électriques au système nerveux contrôlant le fonctionnement de la vessie ; elle permet de corriger les troubles liés à l'hyperactivité

incontinences urinaires ?

vésicale, c'est-à-dire :

- l'augmentation de la fréquence des mictions (norme : 7 fois le jour, 1 fois la nuit) ;
- l'urgence (besoin soudain et impérieux d'uriner) qui raccourcit le délai de sécurité séparant l'envie de la fuite ;
- la présence de fuites incontrôlées lors d'un besoin urgent.

La neuromodulation : une nouvelle chance pour les patients

Les patients souffrant d'hyperactivité vésicale sont tout d'abord traités par des médicaments. Cependant, un grand nombre d'entre eux ne sont pas soulagés par cette thérapie ou souffrent d'effets secondaires en nécessitant l'arrêt (bouche sèche, constipation). Jusqu'à présent, ces patients en échec étaient dans une véritable impasse thérapeutique et n'avaient d'autre alternative que les protections à vie ou accepter de subir une chirurgie lourde et destructrice.

Aujourd'hui, la neuromodulation permet de leur apporter une solution : la simplicité, la bonne tolérance et l'efficacité immédiate du "pacemaker de l'incontinence" répondent aux attentes des patients qui voient enfin leur calvaire cesser dès son

implantation au point de décrire un "avant" et un "après".

Une implantation "mini-invasive"

Sélection et test

N'est pas implanté qui veut... Les critères de sélection et la méthodologie retenue garantissent aux patients les meilleurs résultats possibles.

La démarche qui préside à la sélection des patients repose sur :

- certains examens confirmant l'origine, la nature de l'incontinence, l'adéquation entre le profil du patient et la technique employée. Aussi pratique-t-on après l'interrogatoire et l'examen clinique rigoureux, un bilan approfondi de la fonction urinaire comprenant une exploration urodynamique (débitmétrie, cystomanométrie), certains examens radiologiques et endoscopiques ;
- un test de stimulation de 3 à 5 jours généralement destiné à vérifier l'efficacité de la thérapie. Cette procédure simple et non douloureuse consiste à placer, sous anesthésie locale, une électrode en percutané à proximité du nerf sacré concerné. Cette électrode est reliée à un stimulateur externe. Le patient tient un calendrier mictionnel pendant la durée du test. À l'issue de celui-ci, le dispositif externe est retiré.

Ensuite, patient et médecin sont en mesure d'évaluer les résultats de la thérapie et décider l'implantation du matériel permanent. Le test est estimé positif si l'amélioration des symptômes dépasse 50 %.

Implantation du système permanent

Lorsque le test est positif, le neuromodulateur est implanté en sous-cutané en haut de la fesse, sous anesthésie locale.

Il est connecté à l'électrode située à proximité du nerf sacré.

Ce dispositif va donc délivrer en continu des impulsions électriques indolores de façon à restaurer le contrôle mictionnel.



Il ne reste plus qu'à régler les paramètres de stimulation...

Ce réglage est effectué par le médecin de façon externe, par télémetrie, à l'aide d'une console de programmation.

Les éventuels réglages ultérieurs destinés à optimiser les résultats thérapeutiques ne nécessitent pas d'hospitalisation.

Le "pacemaker de l'incontinence" peut ainsi fonctionner pendant 7 à 10 années jusqu'à usure de la pile qui est remplacée sous anesthésie locale.

Cette thérapie restaure ainsi la qualité de vie en permettant à chaque personne de retrouver une vie pleine et entière.



1 - Ballanger, P. and Rischmann, Incontinence urinaire de la femme, rapport du 89^e congrès de l'AFU, 1995, prog urol, 1995-7 : p.747-755.

2 - BJU International 2003 92 (4), 409-14.

3 - J Public Health Med 2000 ; 22 : 3.

(Article réalisé par les soins de l'agence BV conseil)

Paroles d'expert



L'incontinence urinaire est-elle encore aujourd'hui un sujet tabou ?

E. Chartier-Kastler : C'est certainement un sujet tabou abordé encore avec discrétion. On évoque des fuites d'urine plus que l'incontinence urinaire. Les femmes en parlent un peu entre elles, mais bizarrement on avoue plus facilement son cancer du colon que ses fuites d'urine. Le tabou n'est pas complètement levé.

Qui peut être concerné par l'incontinence urinaire ?

E. Chartier-Kastler : La première population concerne les femmes à différentes périodes de leur vie : après une grossesse ou un accouchement, à la ménopause où il existe une altération de la qualité des tissus pelviens qui aggrave les dégâts faits lors de l'accouchement ou on démasque un dysfonctionnement.

La deuxième population concerne les hommes après chirurgie prostatique. La troisième population regroupe tous ceux, hommes et femmes, souffrant d'une pathologie neurologique tels un accident vasculaire cérébral, une maladie de Parkinson.

L'incontinence urinaire concerne beaucoup

de monde. On estime à 5 millions le nombre de femmes en France qui ont des fuites de temps en temps.

Quelles solutions peut-on proposer aux patients ?

E. Chartier-Kastler : Il est très important d'expliquer au patient qu'on ne traite pas une incontinence mais son incontinence dont on a détaillé le mécanisme physiopathologique. Il faut comprendre pourquoi le patient est incontinent avant de lui prescrire un traitement adapté qui ne sera pas forcément celui de son amie ou de son voisin.

L'incontinence d'effort, la plus classique chez la femme après accouchement, se traite par kinésithérapie puis, en cas d'échec, par bandelette sous-urétrale. L'incontinence par impériosité se traite en premier par des médicaments. S'ils ne sont pas efficaces ou en cas de mauvaise tolérance, on peut proposer la rééducation. En cas d'échec, la neuromodulation sacrée apporte une bonne réponse.

Qu'a apporté la neuromodulation à la prise en charge de l'incontinence urinaire ?

E. Chartier-Kastler : Elle est arrivée dans un domaine où il n'y avait rien ! De nombreux patients souffrant d'incontinence urinaire par impériosité étaient en échec des médicaments habituels (anticholinergiques) et de la rééducation. Or, ils gardent une incontinence qui est très invalidante

et handicapante dans leur vie quotidienne avec un retentissement important sur leur qualité de vie. Pour ces patients, on avait soit rien à leur proposer soit une chirurgie lourde d'agrandissement de vessie. Dans un domaine de vide thérapeutique, on abandonnait les gens à leurs garnitures et à leurs protections ce qui n'est pas satisfaisant pour un médecin. La neuromodulation, c'est la possibilité de sortir un certain nombre de patients d'une impasse thérapeutique.

Vous pratiquez la neuromodulation depuis 1996 ; avec ce recul, comment jugez-vous cette technique ?

E. Chartier-Kastler : Ce dispositif électrique, peu invasif et totalement réversible, bénéficie d'un atout totalement inédit, d'une sorte de filet de sécurité. On peut en effet juger de son efficacité avant même de l'implanter ou y renoncer si le test n'est pas probant... Il n'existe pas de traitement similaire en chirurgie que l'on puisse évaluer au préalable au moyen d'un test réversible et non traumatisant avant de décider ou non de l'opération.

Si le test est positif, on implante le pacemaker et le patient n'a plus rien à faire, cela fonctionne tout seul.

En termes d'efficacité, les résultats varient selon le type d'incontinence : S'il s'agit d'une impériosité simple (principalement des femmes) le test est positif chez 2/3 des patientes qui ont une amélioration des symptômes d'au moins

Professeur E. Chartier-Kastler¹

Service urologie

Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Paris

50 %. C'est déjà très intéressant pour des patients qui sont très lourdement handicapés.

S'il s'agit d'une impériosité associée à une maladie neurologique, le taux de réponse est d'environ 1 patient sur 2. Ces patients sont particulièrement intéressés par la neuromodulation car ils sont déjà polymédicamentés. La neuromodulation leur apporte une solution thérapeutique simple et facile à gérer car il n'y a rien à faire au quotidien. Ils oublient leur traitement ce qui est un bénéfice notable en termes de qualité de vie.

Le suivi est simple avec une consultation annuelle de contrôle de fonctionnement du système implanté.

La neuromodulation est-elle largement diffusée en France ?

E. Chartier-Kastler : Cette technique est remboursée depuis deux ans et demi, ce qui a permis sa diffusion au niveau national à la grande satisfaction des patients et des urologues.

Quels sont les critères de sélection des bons candidats à la neuromodulation ?

E. Chartier-Kastler : On la propose en cas d'échec du traitement médical et de la rééducation. On évalue la symptomatologie du patient avec différents examens, dont un fondamental : le catalogue mictionnel. Le patient reporte sur une feuille le volume et l'heure de mictions ainsi que les épisodes de fuite.

C'est un outil qui ne coûte rien mais qui permet d'authentifier le trouble et l'évaluer. Très simple, il peut être proposé par le médecin traitant en cas de suspicion d'incontinence urinaire par impériosité.

L'innovation à laquelle a participé la neuromodulation, c'est la création d'un registre national qui fait partie intégrante du remboursement.

E. Chartier-Kastler : Les urologues avec leur société savante (Association Française d'Urologie - AFU) ont joué le jeu d'un partenariat pour le développement d'une thérapeutique et de son remboursement. Nous avons accepté de répertorier tous nos patients dans un registre contrôlé par la CNIL moyennant quoi la thérapeutique est disponible pour nos patients. C'est un partenariat unique, industriel-remboursement et société savante.

La neuromodulation est une technique innovante dont la diffusion a été facilitée par le ministère de la Santé...

E. Chartier-Kastler : Le ministère de la Santé a des programmes annuels de promotion des innovations thérapeutiques médicales coûteuses. Dans ce cadre, depuis 3 ans, la neuromodulation bénéficie d'un budget pour l'incontinence urinaire et fécale. Ce budget a permis aux CHU qui participaient à l'étude économique de développer cette technique. Il y a eu une volonté franche d'aide au développement de cette thérapeutique bénéfique pour beaucoup de patients qui, autrement, seraient en impasse thérapeutique.

1 - Professeur Emmanuel Chartier-Kastler - Service d'urologie Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (chef de service : Pr F. Richard) - Assistance publique Hôpitaux de Paris - Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière, Université Paris VI.

Association d'aide aux personnes incontinentes

L'Association d'aide aux personnes incontinentes - créée en 1989 - est une association sans but lucratif animée par des bénévoles.

Son objectif est d'encourager les patients à se faire soigner et à prévenir l'incontinence par une meilleure information (permanence téléphonique, Internet, presse grand public, radio, télévision) sans jamais se substituer aux médecins.

Il y a plusieurs formes d'incontinence et les possibilités de traitements sont nombreuses. Des innovations sont annoncées...

Quotidiennement, l'AAPI s'engage dans la prévention de l'incontinence, des incontinences urinaires ou anales.

**AAPI - 5, avenue du Maréchal Juin - 92100 Boulogne-Billancourt
Tél. : 01.46.99.18.99 - aapi@online.fr - www.aapi.asso.fr**

Source : BV Conseil