



HAL
open science

Les protections urinaires : conseils à l'officine

Sophie Bonnet

► **To cite this version:**

Sophie Bonnet. Les protections urinaires : conseils à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2013.
hal-01732150

HAL Id: hal-01732150

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732150>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

2013

FACULTE DE PHARMACIE

**LES PROTECTIONS URINAIRES : CONSEILS A
L'OFFICINE.**

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement

Le 6 septembre 2013

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Sophie BONNET**

née le 25 juin 1988 à Neufchâteau (88)

Membres du Jury

Président : M. Pierre LABRUDE, Professeur

Juges : M. Jacques CALLANQUIN, Docteur en Pharmacie
Mme Delphine RENAUT, Docteur en Pharmacie
M. Pierrick LE PERRON, Docteur en Pharmacie

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2012-2013

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Francine KEDZIEREWICZ

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Président du Conseil de la Pédagogie

Bertrand RIHN

Président de la Commission de la Recherche

Christophe GANTZER

Président de la Commission Prospective Facultaire

Jean-Yves JOUZEAU

Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle

Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la filière Officine :

Francine PAULUS

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du Collège d'Enseignement

Jean-Michel SIMON

Pharmaceutique Hospitalier :

Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :

Raphaël DUVAL/Bertrand RIHN

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Maurice HOFFMANN

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

Maurice PIERFITTE

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Hélène LIVERTOUX

Bernard MIGNOT

Jean-Louis MONAL

Dominique NOTTER

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE

Annie PAVIS

ENSEIGNANTS (suite)

Section CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Chantal FINANCE	82	Virologie, Immunologie
Jean-Yves JOUZEAU	80	Bioanalyse du médicament
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Alain NICOLAS	80	Chimie analytique et Bromatologie
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Jean-Claude BLOCK	87	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Biologie cellulaire, Hématologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Pierre LABRUDE	86	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Pierre LEROY	85	Chimie physique
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Alain MARSURA	32	Chimie organique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique
Nathalie THILLY	81	Santé publique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	Parasitologie
Mariette BEAUD	87	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT	86	Communication et Santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN	86	Chimie thérapeutique
François BONNEAUX	86	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Cédric BOURA	86	Physiologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël COULON	87	Biochimie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Roudayna DIAB	85	Pharmacie galénique
Natacha DREUMONT	87	Biologie générale, Biochimie clinique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique

ENSEIGNANTS (suite)	<i>Section CNU*</i>	<i>Discipline d'enseignement</i>
Florence DUMARCAY	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS	86	<i>Pharmacologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Luc FERRARI	86	<i>Toxicologie</i>
Caroline GAUCHER-DI STASIO	85/86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Frédéric JORAND	87	<i>Environnement et Santé</i>
Olivier JOUBERT	86	<i>Toxicologie</i>
Francine KEDZIEREWICZ	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Faten MERHI-SOUSSI	87	<i>Hématologie</i>
Christophe MERLIN	87	<i>Microbiologie</i>
Blandine MOREAU	86	<i>Pharmacognosie</i>
Maxime MOURER	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Francine PAULUS	85	<i>Informatique</i>
Christine PERDICAKIS	86	<i>Chimie organique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Anne SAPIN-MINET	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Gabriel TROCKLE	86	<i>Pharmacologie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIYOU	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>
Colette ZINUTTI	85	<i>Pharmacie galénique</i>
PROFESSEUR ASSOCIE		
Anne MAHEUT-BOSSER	86	<i>Sémiologie</i>
PROFESSEUR AGREGÉ		
Christophe COCHAUD	11	<i>Anglais</i>

***Disciplines du Conseil National des Universités :**

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32 : Personnel enseignant-chercheur de sciences en chimie organique, minérale, industrielle

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

Ɖ' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

Ɖ'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

Ɖe ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT
ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR
AUTEUR ».

Remerciements

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Pierre Labrude

Professeur de physiologie, d'orthopédie et de maintien à domicile à la Faculté de Pharmacie de Nancy

Monsieur Labrude, je vous adresse toute ma gratitude d'avoir accepté la présidence de ce jury. Je tiens à vous remercier pour toute l'aide apportée, tous vos conseils avisés et la présence dont vous avez fait part aux cours de ces mois de rédaction. Votre disponibilité a été précieuse.

Acceptez toute ma reconnaissance pour tout ce savoir-faire que vous m'avez inculqué ces dernières années ; votre enseignement va manquer à la Faculté.

Bonne retraite à vous

A MON DIRECTEUR DE THESE

Monsieur Jacques Callanquin

Docteur en Pharmacie, intervenant dans les cours d'orthopédie et de maintien à domicile à la Faculté de Pharmacie de Nancy

Monsieur Callanquin, je vous adresse mes sincères remerciements pour avoir accepté la direction de cette thèse. Je n'aurai pu demander meilleur directeur de thèse que vous. Vos remarques, vos jugements et votre connaissance du sujet m'ont permis de progresser dans la rédaction de cette thèse. Votre rapidité est épatante.

Recevez toute ma gratitude et mon respect.

A MES JUGES

Monsieur Pierrick Le Perron

Docteur en Pharmacie

Te demander de faire partie de mon jury est une sorte de remerciement. Tu m'as donné ma chance depuis ma première année de Pharma. De stagiaire à employée, tu as toujours été là pour moi ; tu m'as fait confiance et m'a permis de m'épanouir dans cette voie. Je ne pouvais souhaiter meilleure formation que dans ta pharmacie. Trouve ici l'expression de mon estime et de mon respect.

Merci beaucoup pour ces années passées et ces années à venir !

Madame Delphine Renaut

Docteur en Pharmacie

Delphine, tu fais partie de ces personnes qui ont été précieuses dans ma formation. Tu m'as appris et tu continues à m'apprendre le métier. Je te remercie pour ta gentillesse, ta bienveillance, ta confiance et ta franchise. Ton rire tellement communicatif et ta bonne humeur me réjouissent d'être ta collègue Delpine !

Sincères remerciements de faire partie de mon jury ! Quel stress...

A MA FAMILLE

A mes parents,

Qui m'entourent par leur amour, leurs conseils et leur soutien depuis ma naissance. Je ne serai pas ce que je suis si vous ne m'aviez pas transmis cette merveilleuse éducation. Merci pour tout !

A mon frère,

Qui a été mon mentor toutes ces années de Pharmacie. Tu as toujours été de bons conseils et un très bon formateur, m'expliquant sans relâche les cours. Je m'inspire de ton magnifique relationnel à l'officine. Merci à toi et à Stéphanie !

A ma sœur,

Un grand merci à toi pour accomplir à la perfection ton rôle de grande sœur ! Une sœur toujours là pour moi, qui m'accompagne dans ce que je réalise, qui me guide et qui m'a donné une merveilleuse petite nièce filleule ! Merci également à toi Biloute !

A Thomas,

Depuis plusieurs années, je peux compter sur toi à n'importe quel moment. Une grande confiance s'est installée entre nous. Tu sais me donner le sourire ; sans toi, nous n'aurions pas ma Grenade ! Merci d'être ma « morue » !

Merci à toute ta famille, ne changez pas.

A MES COLLEGUES de la pharmacie de l'Orme,

Grande Céline, Katia, Mumu, Sylvie, Petite Céline,

Qui ont participé à ma superbe formation toutes ces années par leur connaissance, leur sourire et leur sympathie.

Sans oublier Audrey, même si tu voles de tes propres ailes, je n'oublie pas tout ce que tu m'as appris.

AUX LABORATOIRES Hartmann, Téna, Id ontex, Abéna Frantex

Remerciements pour toute la documentation qu'ils m'ont fait parvenir.

SOMMAIRE

TABLE DES ILLUSTRATIONS	1
Introduction.....	2
Généralités sur l'incontinence urinaire.....	4
I. Qu'est-ce que l'incontinence ?.....	5
II. Physiopathologie de l'appareil urinaire	5
1. Appareil urinaire supérieur	6
a) Reins	6
b) Uretères.....	7
2. Appareil urinaire inférieur.....	8
a) Vessie.....	8
b) Urètre	9
c) Sphincters.....	10
d) Périnée.....	10
III. Qu'est-ce que la continence ?.....	11
1. Physiologie de la continence	11
2. Cycle mictionnel normal.....	11
a) La phase de remplissage vésical (figure 7)	11
b) La phase de vidange ou phase mictionnel (figure 8).....	12
3. Innervation de la vessie.....	12
a) Système sympathique	12
b) Système parasympathique	12
c) Système somatique	13
IV. Différents types d'incontinence urinaire.....	14
1. Incontinence urinaire d'effort	14
2. Incontinence urinaire par regorgement.....	14
3. Incontinence urinaire par hyperactivité vésicale	15
4. Incontinence urinaire « mixte »	15
5. Incontinence urinaire totale.....	15
6. Incontinence urinaire réflexe ou d'origine neurologique	16
a) « Vessie neurologique périphérique »	16
b) « Vessie neurologique central »	16
7. Enurésie.....	16

8.	Incontinence urinaire fonctionnelle	17
V.	Diagnostic	17
1.	Interrogatoire	18
2.	Examen clinique	18
a)	Recherche d'une infection urinaire	18
b)	Recherche d'un globe vésical	19
c)	Examen pelvien	19
d)	Examen de la vessie pleine : manœuvre de Bonney	19
e)	Test de remplissage vésical	20
f)	Recherche de prolapsus génital : manoeuvre de Bethoux.....	21
3.	Examens complémentaires réalisables	21
a)	Débitométrie.....	21
b)	Cystomanométrie	21
c)	Sphinctérométrie.....	21
	Prévention et conseils	22
I.	Facteurs favorisants / étiologies	23
1.	Facteurs de risque	23
a)	Le sport	23
b)	Le tabac	23
c)	L'obésité	24
d)	La constipation chronique	24
e)	Les prises liquidiennes.....	24
f)	Les infections urinaires à répétition	24
g)	Le diabète	24
h)	La prise de médicaments.....	25
2.	Etiologies	25
a)	Pathologies de la prostate	25
b)	Age et vieillissement de l'appareil urinaire	26
c)	Altération de la santé en général – réduction de la mobilité.....	27
d)	Maladies neurologiques	27
e)	Grossesse.....	28
f)	Accouchement.....	28
g)	Ménopause.....	29
II.	Prévention	29
1.	Prévention au quotidien.....	29
2.	Alimentation et hygiène	31

a)	Aliments.....	31
b)	Boissons.....	31
3.	Femme enceinte.....	31
a)	Pendant la grossesse.....	31
b)	Avant l'accouchement.....	32
c)	Après l'accouchement.....	32
4.	Femme ménopausée.....	32
5.	Problème de prostate.....	32
6.	Personnes âgées.....	33
III.	Rééducation périnéale.....	33
1.	Généralités.....	33
2.	Indications et contre-indications.....	34
a)	Indications.....	34
b)	Contre-indications.....	34
3.	Différentes techniques de rééducation.....	35
a)	Rééducation manuelle.....	35
b)	Biofeedback musculaire.....	35
c)	Electrostimulation périnéale.....	35
d)	Rééducation par courant électromagnétique.....	36
4.	Programme de rééducation périnéale chez un kinésithérapeute.....	36
5.	Exercices pratiques à faire chez soi.....	36
IV.	Rôles du pharmacien.....	39
1.	Détecter.....	39
2.	Aborder le problème.....	40
a)	Mettre à l'aise.....	40
b)	Montrer au patient qu'il n'est pas le seul.....	40
c)	Recueillir des données cliniques.....	41
d)	Recueillir des informations psychologiques.....	41
e)	Apporter une solution.....	41
3.	Conseiller.....	41
	Les protections urinaires.....	43
I.	La protection anatomique pour fuites urinaires légères.....	44
1.	Présentation du change.....	44
2.	Utilisation du change.....	44
a)	Prise de mesure.....	44
b)	Pose – dépose du change.....	44

c) Durée du port	45
3. Indications	45
4. Principales marques	45
a) Femme	45
b) Homme	45
II. La protection anatomique.....	47
1. Présentation du change.....	47
2. Utilisation du change.....	48
a) Prise de mesure	48
b) Pose – dépose du change (figure 30)	48
c) Durée du port	48
3. Indications	49
4. Principales marques	49
III. Le sous-vêtement de maintien.....	49
1. Présentation du change.....	49
2. Utilisation du change.....	50
a) Prise de mesure	50
b) Pose – dépose du change	50
3. Indications	50
4. Principales marques	50
IV. La protection droite.....	50
1. Présentation du change.....	50
2. Utilisation du change.....	51
a) Prise de mesure	51
b) Pose - dépose du change.....	51
3. Indications	51
4. Principales marques	51
V. Le sous-vêtement absorbant.....	52
1. Présentation du change.....	52
2. Utilisation du change.....	52
a) Prise de mesure	52
b) Pose – dépose du change	52
c) Durée du port	53
3. Indications	53
4. Principales marques	53

VI. Le change complet.....	53
1. Présentation du change.....	53
2. Utilisation du change.....	54
a) Prise de mesure	54
b) Pose – dépose du change	54
c) Durée du port	56
3. Indications	57
4. Principales marques	57
VII. La protection avec ceinture de fixation.....	57
1. Présentation du change.....	57
2. Utilisation du change.....	58
a) Prise de mesure	58
b) Pose – dépose du change (figure 38)	58
c) Durée du port	58
3. Indications	58
4. Principales marques	59
VIII. Alèse	59
1. Présentation du change.....	59
2. Utilisation du change.....	59
a) Prise de mesure	59
b) Pose – dépose du change	60
c) Durée du port	60
3. Indications	60
4. Principales marques	60
IX. Conseils communs à toutes les protections urinaires.....	60
1. Choix de la protection	60
2. Pose – dépose d’une protection.....	61
a) Avant la pose	61
b) Après la pose	61
c) A ne pas faire.....	61
Superposer deux protections	61
X. Caractéristiques et différences des marques.....	61
1. Hartmann.....	62
2. Téma.....	62
3. Abena Frantex	62

4. Id ontex.....	62
XI. Tableau conseil (tableau 2)	63
Cas cliniques	64
I. Cas clinique n°1	65
II. Cas clinique n°2	66
III. Cas clinique n°3	67
IV. Cas clinique n°4	69
V. Cas clinique n°5	70
VI. Cas clinique n°6	71
VII. Cas clinique n°7	72
VIII. Cas clinique n°8	73
IX. Cas clinique n°9	75
X. Cas clinique n°10	76
XI. Cas clinique n°11	77
XII. Questions / réponses	79
Conclusion	83
BIBLIOGRAPHIE	84

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: appareil urinaire (incontinence et fuites urinaires)	6
Figure 2 : Anatomie interne du rein (N.Marieb, 2005).....	6
Figure 3 : Configuration interne du rein (Chartier, 2006)	7
Figure 4 : vessie (incontinence et fuites urinaires).....	8
Figure 5 : Urètre masculin (Chartier, 2006).....	9
Figure 6 : Plancher pelvien (Doctorette)	10
Figure 7 : phase de remplissage du cycle mictionnel (incontinence et fuites urinaires)	11
Figure 8 : phase de vidange du cycle mictionnel (incontinence et fuites urinaires)	12
Figure 9 : Innervation de la vessie (Chartier, 2006)	13
Figure 10 : Mécanisme de l'incontinence d'effort (Urologie)	14
Figure 11 : Mécanisme de l'incontinence d'effort (Urologie)	15
Figure 12 : Mécanisme de l'incontinence par hyperactivité vésicale (Urologie)	15
Figure 13 : Manœuvre de Bonney (Flam, 2009).....	20
Figure 14 : Manœuvre de Ulmsten (Flam, 2009)	20
Figure 15 : modifications normales de la prostate liées à l'âge (Abéna)	26
Figure 16 : urètre avant la ménopause (Abéna) Figure 17 : urètre après la ménopause (Abéna) ...	29
Figure 18 : bon mouvement abdominal (Téna).....	30
Figure 19 : mauvais mouvement abdominal (Téna).....	30
Figure 20 : plancher pelvien relâché Figure 21 : plancher pelvien contracté	34
Figure 22 : sonde vaginale Figure 23 : sonde anale.....	35
Figure 24: protège-slip (id)	45
Figure 25 : petite protection anatomique pour Figure 26 : petite protection anatomique pour	46
Figure 27 : coquille pénienne (hartmann, incontinence)	46
Figure 28 : pose d'une coquille pénienne (hartmann, incontinence)	47
Figure 29 : protection anatomique (id)	47
Figure 30 : pose d'une protection anatomique en position debout et allongée (id)	48
Figure 31 : sous-vêtement de maintien (id)	49
Figure 32 : protection droite (id).....	50
Figure 33: sous-vêtement absorbant (id).....	52
Figure 34 : change complet (id).....	53
Figure 35 : pose d'un change complet en position debout (hartmann, incontinence)	55
Figure 36 : pose d'un change complet en position couchée (hartmann, incontinence).....	56
Figure 37 : protection avec ceinture de fixation (id).....	57
Figure 38 : pose d'une protection avec ceinture de fixation en position debout et couchée (id).....	58
Figure 39 : alèse (id)	59

Introduction

L'évacuation des urines sans contrôle de la personne est une pathologie beaucoup plus fréquente que l'on ne le pense. L'incontinence urinaire touche 3 à 5 millions de personnes. Contrairement aux idées reçues, elle concerne tous les âges. De plus, les hommes, comme les femmes peuvent subir ce désagrément. Cette thèse, à travers quatre parties, explique les causes de l'incontinence urinaire, les gestes à faire ou à éviter et les différentes protections urinaires mises sur le marché.

Dans une première partie, le système urinaire est décrit sous tous les angles. La déficience d'une seule partie de ce système complexe entraîne un dérèglement du cycle mictionnel. Ceci conduit à l'apparition de pertes d'urine involontaires. Selon la zone touchée, les urines s'évacueront différemment ; elles peuvent être minimales et intermittentes ou massives et permanentes. Le diagnostic de cette pathologie repose sur un interrogatoire approfondi puis sur divers examens cliniques.

Dans une seconde partie, nous verrons que le corps humain n'est pas toujours seul responsable de l'apparition d'incontinence urinaire. Les pathologies de la prostate, la ménopause ou encore l'accouchement, peuvent provoquer des pertes urinaires. Le patient, non responsable, ne peut que subir ces désagréments. A l'opposé, un sport mal pratiqué, le tabac, l'obésité sont des facteurs de risque ; leurs abus peuvent aggraver les symptômes de cette pathologie. Il est donc essentiel que la personne ait une bonne hygiène de vie. L'incontinence urinaire n'est pas résolutive dans tous les cas mais, par des actes de prévention et les nouvelles technologies, les pertes urinaires peuvent être minimisées. La rééducation périnéale fait partie de ces « traitements » naturels dans lequel la musculature du périnée se reforme par de simples gestes ou à l'aide d'une sonde.

Cette pathologie demeure néanmoins un sujet tabou. Le patient n'ose pas en parler. S'il aborde le problème, il va le faire en sortant de son rendez-vous avec son médecin ou glisser un mot dans la conversation avec son pharmacien. C'est une des pathologies qui n'est pas abordée en public car elle est synonyme de honte par la personne concernée. Il est donc essentiel de mettre à l'aise la personne ; la façon d'aborder le patient et les diverses questions à poser doivent être choisies avec tact et en pesant ces mots.

L'incontinence urinaire représente un véritable handicap pour la personne qui va se renfermer sur elle-même. En effet, l'absence de contrôle de sa vessie va l'exclure de la société. Il est donc important de trouver des solutions pour aller à l'encontre de cette auto-exclusion. La troisième partie récapitule les solutions que l'on peut trouver, en dehors des traitements médicamenteux, pour pallier à ces fuites urinaires ou améliorer la vie de la personne. Les protections urinaires sont le meilleur moyen de masquer les fuites urinaires. Cette thèse récapitule les différents modèles de protection qui permettent d'absorber des

quantités plus ou moins importantes. Leurs formes varient et répondent aux besoins et à l'autonomie de la personne.

La quatrième partie met en pratique ce qui a été cité dans les précédentes parties à travers quelques cas cliniques que l'on peut rencontrer à l'officine. Ils comprennent le diagnostic, l'étiologie et le traitement qui inclut les protections recommandées et les gestes préventifs.

1ère partie

**Généralités sur
l'incontinence
urinaire**

I. Qu'est-ce que l'incontinence ?

L'incontinence urinaire se définit par une perte incontrôlable et involontaire d'urine, qui peut aller de la simple goutte d'urine à la miction complète. Ces fuites accidentelles ont lieu de jour et ou de nuit et peuvent se répéter plusieurs fois dans la même période. C'est une situation difficile à vivre mais qui peut être remédiable. Il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un symptôme, le plus souvent lié à des troubles physiques ou psychologiques. Du côté mécanique, les fuites se produisent lorsque la pression intra-vésicale est supérieure aux résistances sphinctériennes. L'incontinence urinaire ne concerne pas uniquement les personnes âgées, même si elle devient plus fréquente avec l'âge. Elle peut être temporaire et disparaître, dans le cas d'une infection urinaire par exemple. La plupart du temps, il s'agit d'un problème à long terme.

Peu de gens osent en parler à leur médecin ou à leur pharmacien. Une goutte d'urine est déjà un signal d'alarme à ne pas négliger, il est nécessaire d'en parler pour être conseillé dans la démarche à suivre et la thérapeutique dès les premiers symptômes. L'incontinence qui dure depuis des mois, voire des années, peut trouver solution pour régler ou contrôler ces symptômes. L'incontinence urinaire non traitée représente un véritable handicap qui perturbe la vie sociale et limite les activités physique, sexuelle et professionnelle.

Prévalence

En France, 3 à 5 millions de personnes souffrent d'incontinence. Ce problème touche toutes les classes d'âge. L'âge moyen est de 51 ans. Les femmes sont plus atteintes que les hommes. Un million d'hommes sont concernés. On note que 5% des hommes de 60 ans souffrent de fuites urinaires, et 20% à 80 ans, il s'agit fréquemment d'hommes souffrant de pathologies prostatiques. 35% des femmes auront des troubles urinaires dans leur vie, dont 12% rencontreront ce problème à moins de 31 ans. Ceci s'explique par le fait que 20% des jeunes mamans sont concernées par ces fuites, des suites de la grossesse et ou de l'accouchement. Les autres femmes subissent ces symptômes à cause de la ménopause.

II. Physiopathologie de l'appareil urinaire

L'appareil urinaire est formé de deux ensembles fonctionnellement complémentaires, l'appareil urinaire supérieur et l'appareil urinaire inférieur (figure 1). L'appareil urinaire supérieur est composé de deux reins et de deux uretères ; il a pour fonction de recueillir l'urine qui s'écoule des papilles rénales et de la conduire vers la vessie, sans hyperpression pyélotubulaire, c'est-à-dire sans augmentation de pression dans les voies excrétrices d'urines au niveau du bassin. L'appareil urinaire inférieur est constitué par la vessie, l'urètre et les sphincters ; il a un rôle de réservoir à basse pression en réceptionnant l'urine venant des reins puis en la vidangeant lors d'une expulsion contrôlée (1).

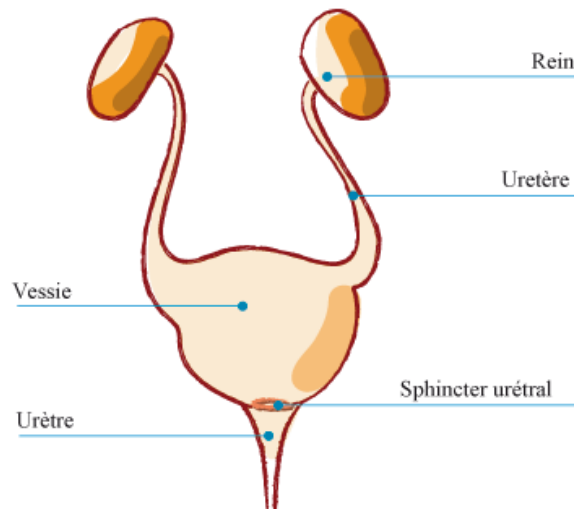


Figure 1: appareil urinaire (2)

1. Appareil urinaire supérieur

a) Reins

L'organisme comprend de deux reins, un à droite et un à gauche. En forme de haricots (figure 2), chacun pèse environ 150g pour une taille de 12cm x 6cm x 3cm. Le rein droit, comprimé par le foie, se situe à proximité du disque intervertébral D11-D12 jusqu'au corps vertébral de L3. Le rein gauche étant légèrement plus haut, il s'étend du corps vertébral de D11 jusqu'au disque L2-L3 (3).

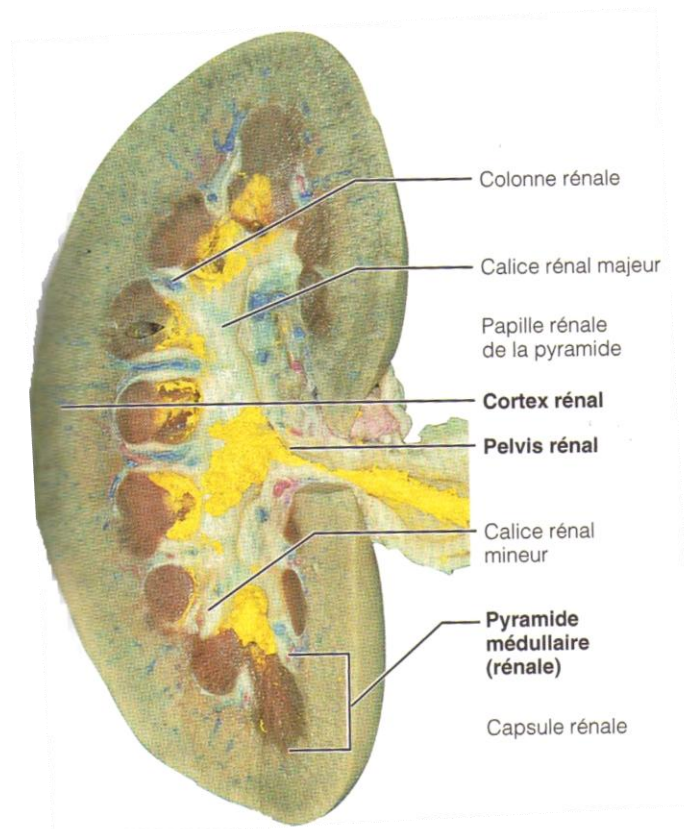


Figure 2 : Anatomie interne du rein (4)

Un rein est composé de trois parties distinctes : le cortex, la médulla et le pelvis. Le cortex est la partie la plus externe, il est granuleux et entoure la médulla. La médulla est formée de pyramides rénales ou pyramides de Malpighi, qui sont des ensembles de néphrons et de tubules rénaux collecteurs.

Chaque rein contient plus d'un million de néphrons (figure 3) qui filtrent le sang et conduisent à la formation de l'urine. Les néphrons se terminent par des tubules rénaux collecteurs. Un tubule rénal collecteur rassemble plusieurs néphrons. Il récupère l'urine produite par les néphrons. A l'approche du pelvis, les tubules rénaux collecteurs fusionnent pour donner des papilles rénales. L'urine est continuellement drainée dans ces tubules (4).

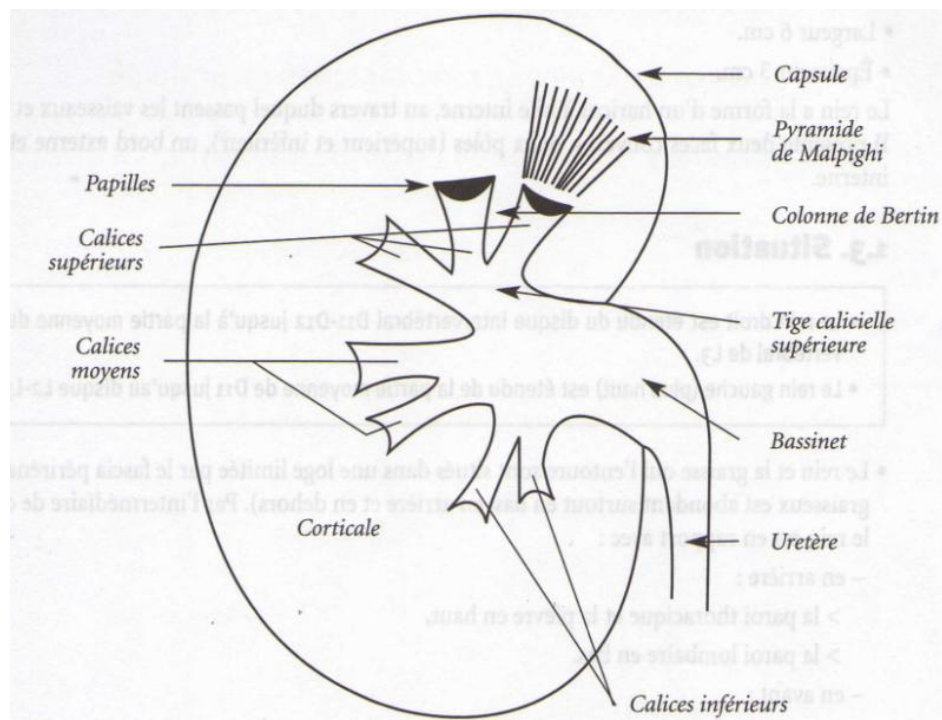


Figure 3 : Configuration interne du rein (3)

Les papilles rénales se ramifient en plusieurs calices rénaux qui débouchent sur le pelvis rénal, également appelé bassinet. Le pelvis rénal est un tube plat en forme d'entonnoir qui représente le lieu terminal de l'urine dans le rein. Chaque bassinet communiquant avec un uretère, l'urine est transportée jusqu'à la vessie où elle est emmagasinée. Les parois des calices rénaux, du pelvis et de l'uretère contiennent du tissu musculaire lisse qui se contracte rythmiquement, ce péristaltisme propulse ainsi l'urine (4).

b) Uretères

Les uretères sont de minces conduits qui transportent l'urine des reins à la vessie. Formant le prolongement du pelvis rénal, ils sont au nombre de deux, un à droite et un à gauche, tout comme les reins. Les uretères passent derrière le péritoine et arrivent obliquement dans la paroi postérieure de la vessie. L'urine ne descend pas dans la vessie par

la seule force de la gravité. L'arrivée de l'urine dans l'uretère provoque la distension de celui-ci. Cette action stimule la contraction de la musculature de l'uretère qui propulse l'urine dans la vessie par vagues. La physiologie des uretères empêche l'urine de faire chemin inverse lorsque la vessie se remplit grâce à l'augmentation de la pression dans la vessie qui comprime les extrémités distales des uretères.

Une fois l'urine dans l'uretère, sa composition n'est plus modifiée (4).

2. Appareil urinaire inférieur

a) Vessie

La vessie est un organe creux, c'est un sac musculaire lisse et rétractile qui emmagasine l'urine entre chaque miction. Elle est en position rétropéritonéale sur le plancher pelvien (4). De forme ovoïde, la vessie possède trois faces, un dôme vésical et une base immobile appelée col vésical (figure 4).

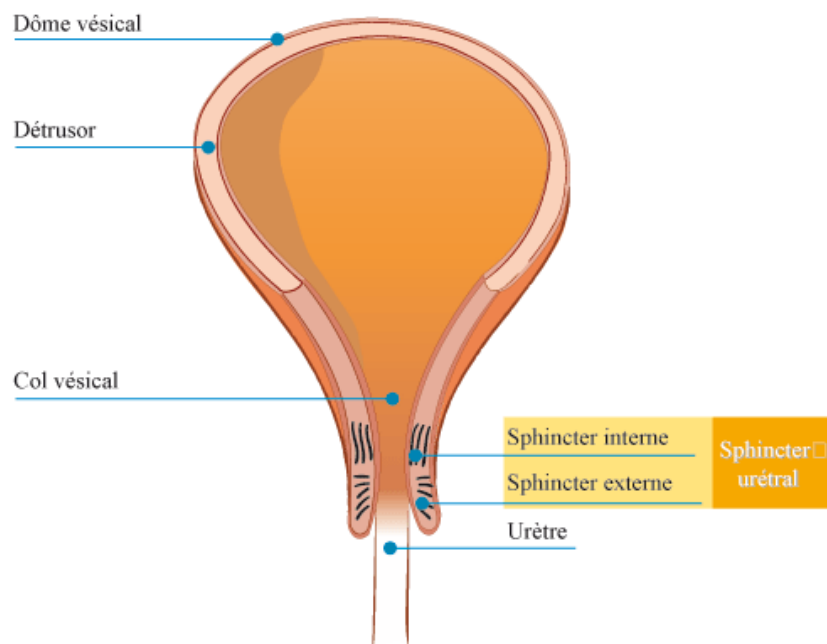


Figure 4 : vessie (2)

Trois orifices viennent former le trigone de Lieutaud :

- deux orifices urétéraux sur la partie postéro-inférieure, qui sont les points d'ancrage des uretères dans la vessie,
- un orifice urétral, également appelé col vésical qui est le lieu de départ de l'urètre. Il est entouré d'un muscle appelé sphincter urétral qui permet de retenir les urines (3).

La paroi vésicale comporte 3 tuniques :

- une adventice de tissu conjonctif, elle reste absente dans la face supérieure,
- une musculuse ou détrusor formée de trois couches de fibres lisses enchevêtrées : une couche moyenne circulaire, une couche externe longitudinale et une couche interne longitudinales. Par la contraction du détrusor, l'urine est expulsée vers l'orifice urétral,
- une muqueuse d'épithélium (3).

La paroi de la vessie est très extensible au niveau du dôme vésical, elle adapte sa forme à la contenance grâce à ses plis vésicaux transverses. En effet, lorsqu'elle est vide, elle est contractée et possède une forme pyramidale. Lorsqu'elle se remplit, la vessie se dilate et prend une forme de poire (4). L'urine s'accumule dans la vessie jusqu'à ce que l'on décide de l'expulser. Sa capacité moyenne est de 500mL. Elle peut aller jusqu'à 800-1000mL, mais une distension trop importante peut entraîner une rupture de la paroi (4).

b) Urètre

L'urètre est le canal excréteur de la vessie conduisant l'urine du plancher de la vessie jusqu'en dehors de l'organisme. Il est différent chez l'homme et chez la femme.

CHEZ LA FEMME

L'urètre mesure 3 à 4 cm. Il est attaché à la paroi antérieure du vagin, les deux conduits étant séparés par la cloison urétrovaginale (3). L'urètre se termine par le méat urétral, orifice externe situé entre l'ouverture du vagin et le clitoris (4).

CHEZ L'HOMME

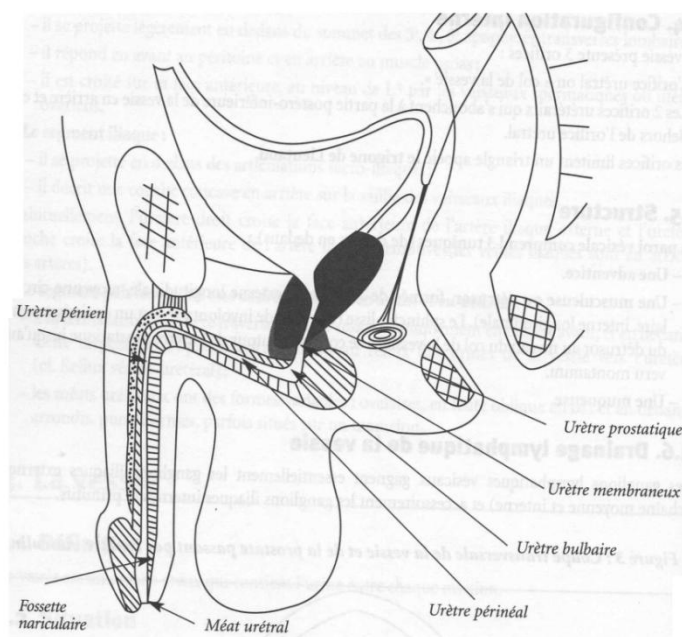


Figure 5 : Urètre masculin (3)

L'urètre mesure 16 cm. Par sa double fonction urinaire et génitale, il est composé de deux parties (figure 5) :

- l'urètre postérieur, composé par l'urètre prostatique qui traverse la prostate et par l'urètre membraneux qui traverse le périnée.
- l'urètre antérieur, constitué de l'urètre périnéal allant jusqu'à la base d'implantation de la verge et de l'urètre pénien se terminant au niveau du gland par un méat urétral (3).

c) Sphincters

L'étanchéité de la vessie est assurée par le sphincter urétral. Il a une double structure (figure 4) :

- Le sphincter interne lisse de l'urètre : par sa contraction permanente en dehors de miction, il ferme l'urètre, et empêche ainsi l'écoulement de l'urine. Le relâchement et la contraction de ce sphincter sont indépendants de la volonté (2).
- Le sphincter externe strié de l'urètre : il entoure l'urètre au niveau du diaphragme uro-génital dans le périnée. Sa maîtrise est volontaire, on le contracte volontairement pour empêcher les fuites urinaires lorsque la vessie est pleine. Il intensifie l'action du sphincter interne en dehors des mictions et se décontracte pour permettre le passage de l'urine lors de la miction (4).

Ces deux sphincters ont une action similaire, ils sont contractés en dehors des mictions et relâchés pendant la miction. Ils jouent un rôle de robinet à la sortie de la vessie.

d) Périnée

Le périnée, également appelé plancher pelvien (figure 6), est un enchevêtrement de muscles formant un hamac. Ces muscles sont tendus entre l'os pubien à l'avant et le coccyx à l'arrière. Ils jouent le rôle de support pour la vessie et le rectum, de même pour le vagin chez la femme (5). Sa structure comporte des trous pour permettre le passage des orifices assurant un verrouillage efficace pour maintenir la continence lorsque la pression abdominale augmente. Le périnée peut subir des modifications lors de la grossesse, l'accouchement et la ménopause (6). Par conséquent, il est important de bien remuscler le périnée à la suite d'un accouchement.

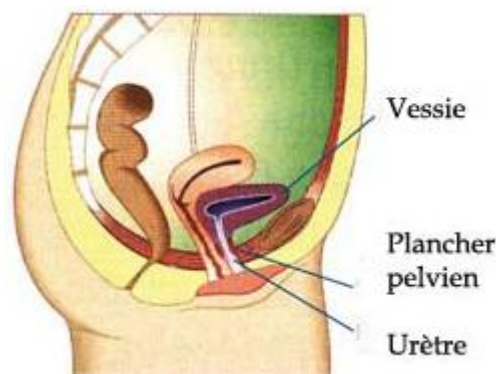


Figure 6 : Plancher pelvien (7)

III. Qu'est-ce que la continence ?

1. Physiologie de la continence

La continence résulte de l'addition de plusieurs mécanismes :

- une vessie de forme normale, de capacité suffisante et de basse pression au remplissage,
- un sphincter urétral efficace : la résistance normale de l'urètre est de 100cm H₂O. La pression urétrale s'adapte aux contraintes de pression comme la toux ou lors d'effort,
- un mécanisme de commande neurologique normal (8).

2. Cycle mictionnel normal

La miction est un acte volontaire, diurne, facile et indolore. La vidange de la vessie doit être complète et durer moins de 30 secondes. Elle se produit toutes les 3 à 4 heures, excepté la nuit où elle peut « tenir » jusqu'à 10 heures. La diurèse journalière est de 1 500 mL (3). Cependant, la quantité d'urine produite est fonction de la température (plus il fait froid, plus cette quantité sera élevée) et de la quantité de liquide absorbée (plus on boit, plus les mictions seront fréquentes). Pour la plupart des personnes, le besoin d'aller aux toilettes se ressent lorsque le volume de la vessie atteint les 200mL (5).

Le cycle mictionnel comporte deux phases :

a) La phase de remplissage vésical (figure 7)

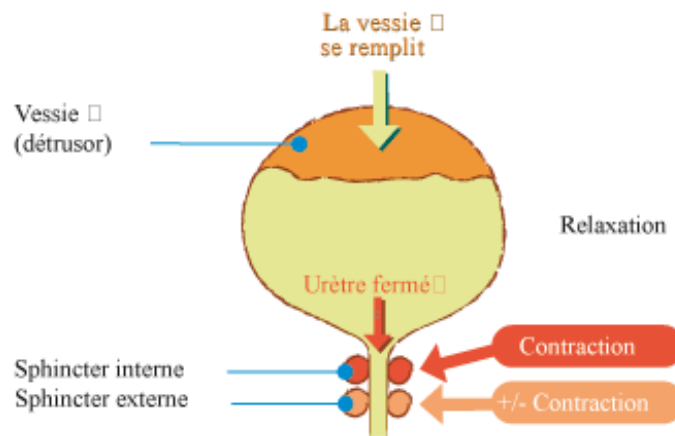


Figure 7 : phase de remplissage du cycle mictionnel(2)

L'urine est excrétée en permanence par les reins, ainsi la vessie se remplit progressivement entre deux mictions. La vessie accumule l'urine venant par les uretères sans augmentation importante de la pression intra-vésicale. En effet, la pression dans la vessie reste inférieure à 40cm H₂O, excepté lorsque la vessie devient pleine, elle peut augmenter légèrement, mais de 15cm H₂O au maximum. Plus la vessie se remplit, plus les parois et

principalement le détrusor sont relâchés pour permettre son remplissage, et plus la pression urétrale s'accroît pour éviter des fuites urinaires(1).

b) La phase de vidange ou phase mictionnel (figure 8)

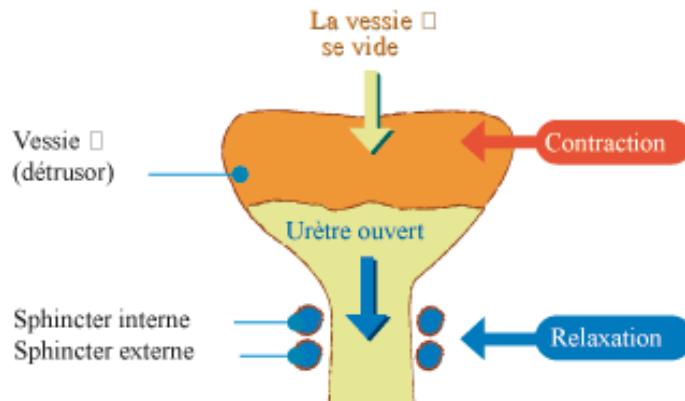


Figure 8 : phase de vidange du cycle mictionnel(2)

La sensation de besoin d'uriner se ressent grâce à de petits capteurs qui se trouvent dans la paroi de la vessie. Lorsqu'on le décide, les sphincters urétraux se relâchent permettant à l'urine de sortir de la vessie par l'urètre. En parallèle, la pression intra-vésicale s'élève par la contraction du détrusor ; ceci chasse les urines vers l'urètre et comprime l'extrémité des uretères pour éviter le reflux d'urine vers les reins. Le tout assure un bon débit urinaire. Au fur et à mesure que la vessie se vide, sa pression diminue. Le cycle mictionnel reprend dès que la vessie est complètement vidée (1).

3. Innervation de la vessie

L'innervation de la vessie (figure 9) repose sur trois systèmes neurologiques agissant par des médiateurs chimiques. Les nerfs assurent la transmission de l'information des centres corticaux supérieurs aux récepteurs présents sur la vessie.

a) Système sympathique

Le système sympathique est composé des nerfs hypogastriques partant des centres de D10 à L2 de la moelle épinière pour rejoindre le détrusor et le col vésical. Des récepteurs β se situent sur le détrusor, ils provoqueront la relaxation du détrusor pour le remplissage de la vessie. Le col vésical possède des récepteurs α assurant la contraction du sphincter lors du remplissage de la vessie. Ces deux types de récepteurs sont alimentés par la noradrénaline.

b) Système parasympathique

Le message est transmis par les nerfs érecteurs qui relient les centres sacrés S2, S3 et S4 à la vessie. Des récepteurs muscariniques sont présents sur le détrusor. Le médiateur chimique libéré est de l'acétylcholine. Elle entraîne la contraction du détrusor lors de la miction.

c) Système somatique

Le système somatique fonctionne par les nerfs honteux internes, partant des centres S2, S3 et S4 et innervant le sphincter strié urétral. Ce système permet la contraction du sphincter (9).

L'excitation du système sympathique permet la continence alors que l'excitation du système parasympathique déclenche la miction.

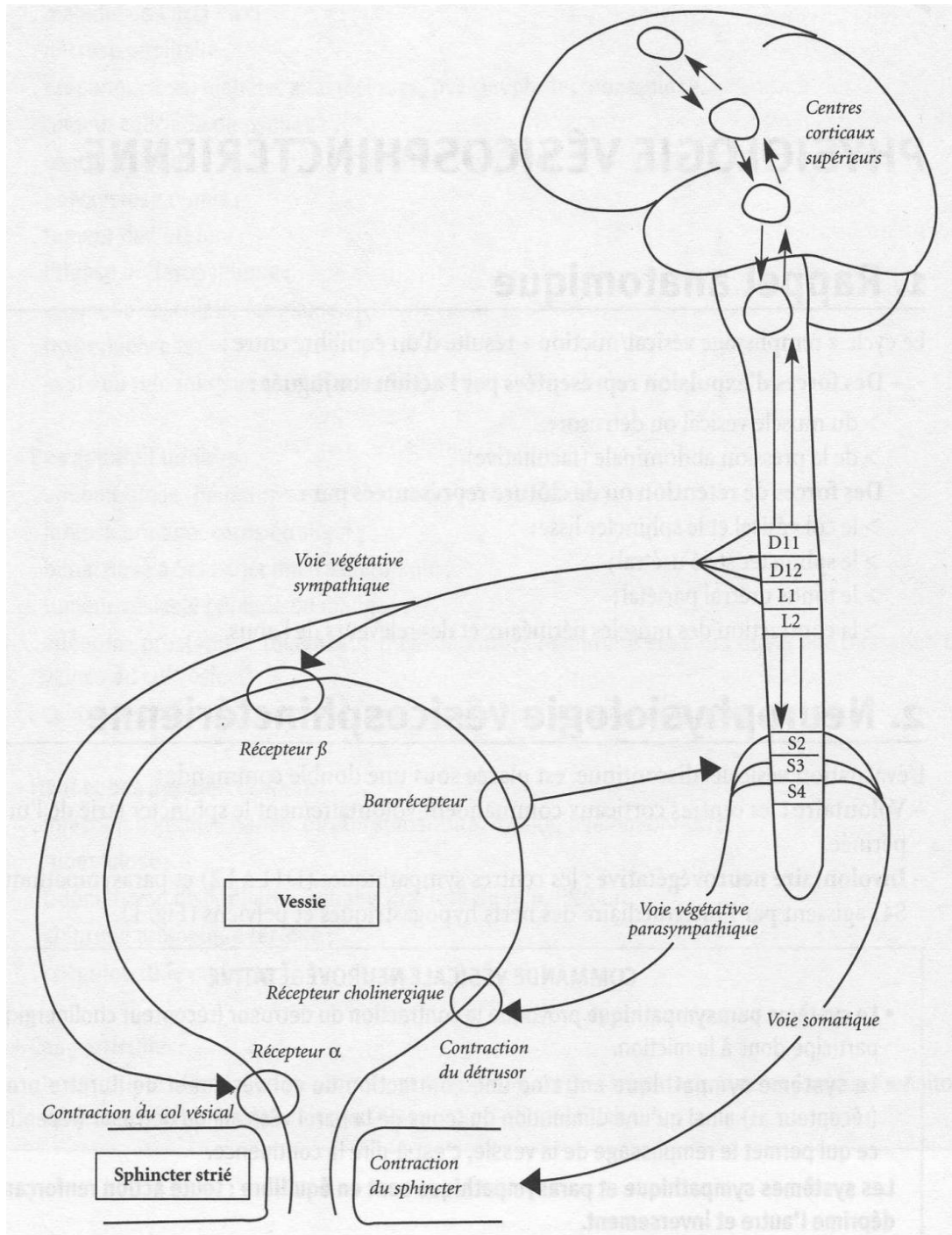


Figure 9 : Innervation de la vessie (3)

IV. Différents types d'incontinence urinaire

1. Incontinence urinaire d'effort

L'incontinence urinaire d'effort se définit par des fuites d'urine en jet, de survenue brutale, au moment d'un effort physique ou d'une poussée abdominale comme une toux, un éternuement, une marche, un fou-rire ou encore un exercice physique. C'est la forme d'incontinence la plus fréquente chez la femme. Les pertes d'urine surviennent en position debout et de jour. La personne n'est pas toujours consciente des pertes car aucun besoin n'est perçu avant les fuites. La vidange de la vessie reste incomplète (8).

Cette incontinence est due à une augmentation de la pression intra-abdominale (figure 10), qui engendre une augmentation de la pression intra-vésicale. Si la pression intra-vésicale dépasse la pression intra-urétrale, on observe des pertes urinaires (1). Ces accroissements de pression résultent de deux facteurs qui peuvent être associés : une perte de support du col vésical et de l'urètre et ou d'une déficience sphinctérienne intrinsèque (3).

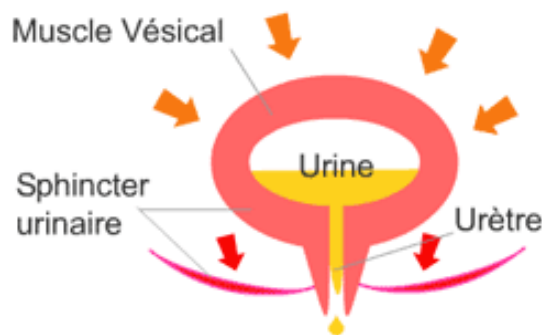


Figure 10 : Mécanisme de l'incontinence d'effort (10)

2. Incontinence urinaire par regorgement

L'incontinence urinaire par regorgement, également appelée incontinence urinaire par trop-plein, résulte d'une rétention vésicale chronique. Le patient maintient sa vessie toujours pleine (figure 11) ; par conséquent, elle déborde en permanence de jour comme de nuit. Ces pertes continuelles de gouttes d'urine ne sont pas liées à l'effort mais à l'absence de mictions (8).

Ce type d'incontinence s'explique par une incapacité de la vessie à se vider totalement en raison d'une faiblesse des muscles de la vessie qui auront du mal à se contracter. Ainsi, la pression intra-vésicale ne dépasse pas le seuil de résistance urétrale. Cette baisse de contraction de la vessie est courante chez les diabétiques. La principale cause de ce type d'incontinence chez l'homme est un trouble de la prostate (1).

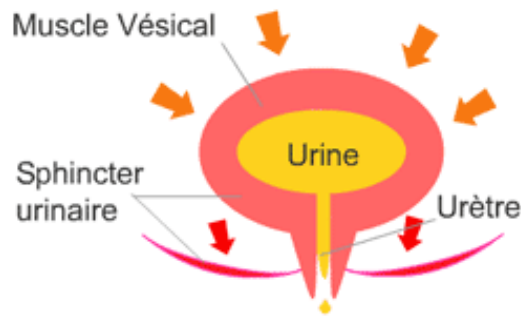


Figure 11 : Mécanisme de l'incontinence d'effort (10)

3. Incontinence urinaire par hyperactivité vésicale

L'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale, également appelée incontinence urinaire par impériosité, est une incontinence d'urgence. Les pertes urinaires sont précédées d'un besoin d'uriner qui ne peut être retardé et ne donne pas le temps d'arriver aux toilettes. Cette envie soudaine et impérieuse d'uriner peut être déclenchée par des stimuli identifiables comme le bruit d'une clé dans la porte, les mains dans l'eau ou le simple fait de penser à uriner. Cette urgence mictionnelle survient de jour et de nuit.

Le mécanisme de cette incontinence est une hyperactivité vésicale idiopathique (figure 12). Ceci provoque des contractions du détrusor anormales et involontaires, non inhibées, pendant la phase de remplissage (3). L'hyperactivité vésicale augmente avec l'âge. Des maladies neurologiques comme un accident vasculaire cérébral, la maladie de Parkinson ou d'Alzheimer peuvent également être responsable d'hyperactivité vésicale (11).

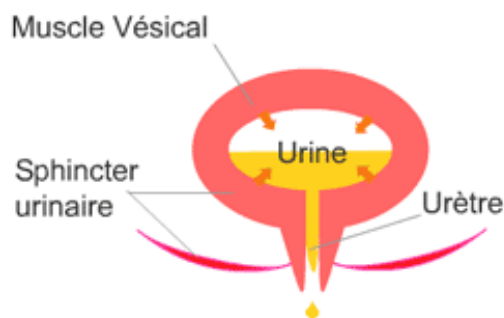


Figure 12 : Mécanisme de l'incontinence par hyperactivité vésicale(10)

4. Incontinence urinaire « mixte »

L'incontinence urinaire « mixte » résulte de la combinaison de deux types d'incontinence urinaire : l'incontinence urinaire d'effort et l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale (1).

5. Incontinence urinaire totale

L'incontinence urinaire totale se caractérise par des pertes constantes d'urine de jour comme de nuit. La vessie est constamment vide due à l'absence de contrôle par le patient.

Ainsi, la vessie ne joue plus son rôle de réservoir (11). On observe cette incontinence lors d'un remplacement vésical ou après une lésion postopératoire chez l'homme lors d'une chirurgie prostatique (8).

6. Incontinence urinaire réflexe ou d'origine neurologique

L'incontinence urinaire réflexe est la forme la plus complexe et la plus difficile à prendre en charge. Elle résulte d'une perte du contrôle cérébral sur la vessie qui agit en mode réflexe. Par conséquent, on l'appelle également incontinence d'origine neurologique(12). La vessie se remplit mais, par un défaut de transmission du message jusqu'au cerveau, la personne ne ressent pas le besoin d'aller aux toilettes. La vessie étant sous le contrôle de deux centres nerveux périphérique et central, les origines de cette incontinence diffèrent selon le centre nerveux touché.

a) « Vessie neurologique périphérique »

Une lésion du centre médullaire sacré au niveau de la moelle épinière (atteinte des racines ou des troncs nerveux) bloque ce centre nerveux périphérique autonome qui contrôle l'appareil vésico-sphinctérien. La vessie devient acontractile, les sensations de besoin d'uriner sont alors supprimées. Les maladies neurologiques les plus responsables sont le syndrome de la queue de cheval, les hernies discales et le diabète (10).

b) « Vessie neurologique central »

Des capteurs sont situés dans la paroi de la vessie et transmettent via des nerfs, l'information au centre nerveux central pour maintenir les sphincters urétraux fermés. Une section de la moelle épinière, une lésion tumorale, une lésion vasculaire ou une sclérose en plaque avancée bloquent la progression de ces signaux. Ceci a pour conséquence des mictions involontaires, la vessie se remplit mais se vide automatiquement (2).

L'incontinence réflexe peut associer l'incontinence par hyperactivité vésical et l'incontinence par regorgement (10).

7. Enurésie

L'énurésie est une forme d'incontinence urinaire touchant surtout les enfants, et principalement les garçons. Elle concerne 15 à 20% des enfants de 5 ans et 10% des enfants de 8 ans. L'énurésie se définit par une miction normale, complète, involontaire et inconsciente d'urines chez un enfant en âge de propreté. Le trouble vient du contrôle de la miction et non de la miction elle-même.

On distingue deux types d'énurésies : les énurésies nocturnes isolées et les énurésies associées à des troubles diurnes(8). Les plus fréquentes sont les énurésies nocturnes, on peut en différencier deux formes :

- énurésie primaire : les pertes d'urine ont lieu depuis la naissance, sans interruption,

- énurésie secondaire : l'enfant a été propre puis les pertes urinaires sont réapparues après plus de 6 mois de continence nocturne (1).

Plusieurs mécanismes peuvent expliquer ce phénomène :

- Origine mécanique : la capacité vésicale de l'enfant est réduite ; par conséquent, la fréquence mictionnelle est plus élevée.
- Origine psychosomatique : les pertes sont liées à des difficultés affectives (naissance d'une autre enfant dans la famille, conflits familiaux) ou sont dues à des erreurs d'éducation par les parents (par exemple la volonté des parents de rendre l'enfant propre trop tôt, de le presser lorsqu'il est sur le pot ou aux toilettes).
- Origine hormonale : si la sécrétion d'arginine-vasopressine (AVP) par les cellules de la neurohypophyse est anormale, c'est-à-dire qu'elle ne suit pas le rythme circadien, elle peut provoquer de grosses pertes urinaires la nuit, pouvant dépasser la diurèse diurne.
- Trouble du sommeil : le sommeil d'un enfant est très profond, ainsi le besoin d'uriner et l'impériosité ne suffisent pas toujours à le réveiller (9).

8. Incontinence urinaire fonctionnelle

L'incontinence fonctionnelle résulte de pertes urinaires liées à la difficulté de se déplacer rapidement, l'équilibre vésico-sphinctérien demeurant normal (13). Cette baisse d'autonomie peut être due à des troubles physiques (arthrose, fracture, difficulté de se déshabiller seul) ou mentaux (séquelles d'un accident vasculaire cérébral, maladie d'Alzheimer). Des problèmes de vision, d'élocution et d'audition bloquent le patient dans sa volonté d'avertir le personnel soignant d'une envie d'uriner ou de se rendre aux toilettes (11). Par conséquent, elle reste fréquente dans les institutions pour personnes âgées, par le changement des locaux (14).

V. Diagnostic

Tout diagnostic d'incontinence urinaire débute par un interrogatoire. A la suite, une évaluation clinique individualisée et adaptée au terrain pathologique aura lieu. Ce diagnostic a plusieurs objectifs :

- rechercher la ou les étiologies,
- rechercher les facteurs potentiellement réversibles,
- identifier les pathologies nécessitant un avis spécialisé : urologue, gynécologue,
- déterminer le type d'incontinence.

Le tout oriente la prise en charge et les possibilités thérapeutiques les mieux adaptées pour le patient.

1. Interrogatoire

Le patient doit être soumis à une liste de questions concernant ses fuites urinaires, ses habitudes de vie et ses traitements :

- Fuites urinaires :
 - o Fréquence,
 - o Horaire (jour, nuit),
 - o Circonstance (position allongée, position debout, survenue à l'effort, lors d'un rire ou d'une toux),
 - o Les fuites sont-elles précédées par une envie irrésistible d'uriner (en faisant les courses, en rentrant chez soi, au froid, au bruit de l'eau) ?
- Nombres d'impériosité mictionnelle,
- Existence d'une dysurie,
- Existence de brûlures mictionnelles, ce qui serait synonyme d'une infection urinaire,
- Antécédents du patient : diabète, accouchement, infection urinaire, chirurgie vésico-prostatique, chirurgie pelvienne,
- Médicaments pris par le patient : certains médicaments peuvent aggraver ou déclencher une incontinence urinaire et ou une rétention urinaire chronique des urines,
- Utilisation de protection par le patient : le nombre et le type de protection utilisée par jour,
- Retentissement dans sa vie courante : limitation des activités quotidiennes, professionnelles, sportives et autres.

Selon les réponses du patient, l'examen clinique sera adapté et le médecin aura un premier aspect de l'intensité de l'incontinence urinaire (13) (15).

2. Examens cliniques

L'examen clinique permet de déterminer la cause de l'incontinence urinaire. Les différentes étiologies seront mises en évidence par différents tests.

On commence par une appréciation de l'état général du patient, de son autonomie physique et psychique. En effet, une simple baisse de l'autonomie ou des capacités psychiques peut être à l'origine de pertes urinaires.

a) Recherche d'une infection urinaire

Pour mettre en évidence une infection urinaire pouvant provoquer d'éventuelles pertes urinaires, plusieurs tests sont disponibles :

- Bandelette urinaire de dépistage : test de premier recours. On recueille les urines du matin puis on y plonge une bandelette. Cette bandelette change de couleur lorsqu'il y a une suspicion d'infection urinaire.

- Examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) : on recueille stérilement les urines. On y réalise une analyse cytologique et bactériologique. Cet examen permet de rechercher les bactéries responsables de l'infection urinaire dans le but de prescrire le traitement adéquate.

b) Recherche d'un globe vésical

On peut rechercher un globe vésical, synonyme de fuites urinaires. Un globe vésical est une accumulation d'urines par rétention, consécutive à un obstacle sur les conduits urinaires comme un adénome prostatique chez l'homme ou des matières fécales bloquées dans le gros intestin. Un alitement prolongé ou un dysfonctionnement neurologique de la vessie peuvent également en être la cause. Cette rétention urinaire conduit à une vessie distendue et gonflée (16). Ce globe, c'est-à-dire cette vessie distendue, est perceptible par une palpation de la région inférieure du ventre, entre le pubis et le nombril.

c) Examen pelvien

L'examen pelvien se pratique différent chez la femme ou chez l'homme.

CHEZ LA FEMME

Chez la femme, il comprend un examen au spéculum. Le gynécologue introduit un spéculum, instrument long et étroit, dans le vagin pour écarter les parois et visualiser l'aspect du col utérin. Il procède ensuite à un toucher vaginal pour tester les muscles releveurs droit et gauche. Pour cela, le gynécologue place ses doigts contre la paroi postérieure du vagin et demande à la femme de contracter son périnée. En même temps, ce toucher assure une vérification du bon positionnement des organes génitaux internes féminins (17).

CHEZ L'HOMME

Chez l'homme, l'examen pelvien consiste en un examen des organes génitaux externes et un toucher rectal. Le toucher rectal permet de palper la prostate et de constater ou non un adénome prostatique. Il permet d'évaluer le tonus anal et la force de contraction du sphincter. Il peut mettre en évidence la présence d'un fécalome ou d'un prolapsus muqueux. Le toucher rectal peut également être pratiqué chez la femme pour montrer un rectocèle, descente du rectum dans le vagin (18).

Ainsi, l'examen pelvien permet de rechercher différentes causes de pertes urinaires comme un fécalome, une faiblesse musculaire, une diminution de la sensibilité périnéale, un prolapsus génital chez la femme ou une pathologie prostatique chez l'homme (13).

d) Examen de la vessie pleine : manœuvre de Bonney

Cet examen permet de détecter une insuffisance sphinctérienne. La manœuvre de Bonney (figure 13) se pratique sur vessie pleine. La patiente s'allonge et écarte les jambes. Dans cette position gynécologique, si des fuites apparaissent, on répète le mouvement alors que le médecin place deux doigts de chaque côté de l'urètre à hauteur du col vésical. Ces doigts permettent de relever la paroi antérieure du vagin et de la remonter dans l'enceinte

abdominale. Si les fuites sont stoppées, le résultat est positif ; ceci signifie que la patiente ne souffre probablement pas d'insuffisance sphinctérienne.

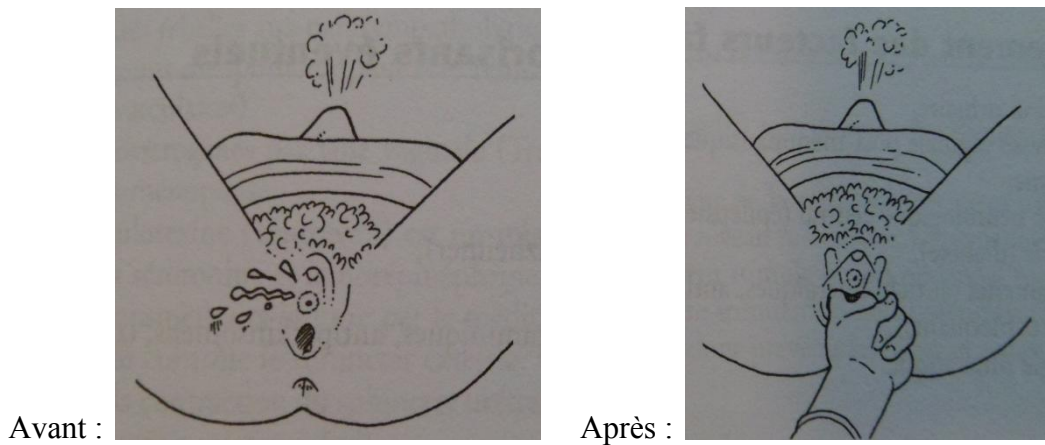


Figure 13 : Manœuvre de Bonney (8)

D'action similaire, on retrouve la manœuvre de soutènement urétral, appelée manœuvre de Ulmsten (figure 14). Ici, le doigt du médecin soutient le vagin sans relever sa partie antérieure et sans émettre de pression.

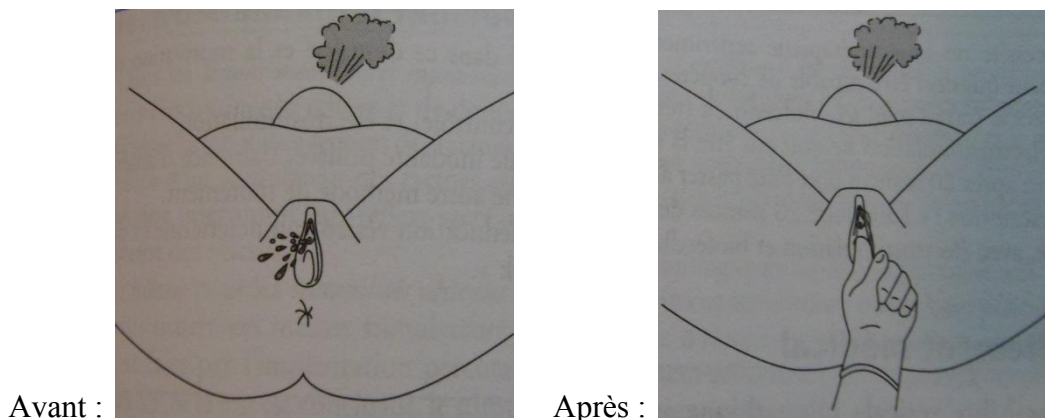


Figure 14 : Manœuvre de Ulmsten (8)

e) Test de remplissage vésical

Le test de remplissage vésical permet d'évaluer le seuil de perception du besoin mictionnel. En premier, on réalise une mesure du résidu post-mictionnel par sondage de la vessie du patient. Puis, la vessie complètement vidée, on la remplit avec de l'eau stérile ou du sérum physiologique à l'aide d'une sonde. Lorsque la personne ressent le besoin d'uriner, on arrête le remplissage. On obtient ainsi son seuil de perception du besoin d'uriner.

La vessie remplie, on peut également détecter l'existence d'une incontinence périnéale ou sphinctérienne en demandant à la personne d'effectuer un effort comme une toux. Si des fuites surviennent, on peut soupçonner une faiblesse des muscles du périnée ou des sphincters (19).

f) Recherche de prolapsus génital : manoeuvre de Bethoux

Un prolapsus génital est le déplacement anormal d'un ou plusieurs organes du pelvis de la femme. On l'appelle également descente d'organes. Pour mettre en évidence ce prolapsus, on utilise la manoeuvre de Bethoux (15). En se servant d'une pince et en prenant appui sur la fourchette vulvaire, on refoule le col utérin. Si les fuites urinaires sont dues au prolapsus génital, la correction manuelle de ce dernier fait disparaître les fuites urinaires (20).

3. Examens complémentaires réalisables

a) Débitimétrie

La débitimétrie est un test pouvant être réalisé dans l'incontinence urinaire mais également lors de dysurie, de pollakiurie, d'hypertrophie de la prostate ou lors de dysfonctionnement neurologique. Grâce à ce test simple et rapide, on peut mesurer le débit urinaire en fonction du temps. Ceci permet ainsi de tester le détrusor et les résistances mictionnelles comme un obstacle à l'écoulement de l'urine ou un défaut de contraction vésicale. Le patient se place sur un appareil très similaire à des toilettes et urine. Cet appareil va mesurer la puissance du jet urinaire. Puis, une sonde va être introduite dans la vessie du patient pour s'assurer que sa vessie se soit bien vidée. Le débit urinaire est ensuite comparé au débit urinaire cible selon l'âge et le sexe du patient (21) (22).

b) Cystomanométrie

La cystomanométrie permet la mesure des pressions vésicales pendant le remplissage de la vessie. Le patient vide complètement sa vessie. Puis, après désinfection locale, une sonde est introduite dans sa vessie pour la remplir progressivement de sérum physiologique stérile. Les pressions subies par la vessie sont enregistrées tout au long du remplissage. En parallèle, on enregistre les pressions abdominales à l'aide d'une sonde introduite par voie rectale ou par voie vaginale. Par une électrode de surface ou une électrode aiguille, l'activité du sphincter urétral peut également être analysée. Pendant ce remplissage, le patient doit signaler ses envies d'uriner lors du premier besoin, puis lors d'un besoin pressant. A la fin de l'examen, une débitimétrie peut avoir lieu lors de la vidange de la vessie par le patient (21) (23).

c) Sphinctérométrie

La sphinctérométrie est un test mesurant les pressions exercées par le sphincter urétral sur l'urètre. Il permet ainsi d'évaluer la continence de la personne. Ce test peut être réalisé en mode statique (aucun mouvement) ou en mode dynamique (lors d'une toux). Après désinfection locale, une sonde similaire à la sonde de cystomanométrie est introduite dans la vessie par les voies naturelles. La sonde est ensuite retirée progressivement. La pression au niveau du canal urétral sera mesurée pendant toute la durée du retrait de la sonde (21) (23).

2^{ème} partie

Prévention et conseils

I. Facteurs favorisants / étiologies

1. Facteurs de risque

Les facteurs suivants participent à l'augmentation du risque de devenir incontinent urinaire. On peut diminuer leur effet, voir les empêcher par la prévention et une bonne hygiène de vie.

a) Le sport

Le sport est bénéfique pour la santé mais il peut avoir des effets néfastes sur l'appareil urinaire.

Effets

La cavité abdomino-pelvienne comprend les organes urinaires : les reins, la vessie et les urètres. Cette cavité est une enceinte contractile. Lors d'une activité sportive, elle est mise en action par les pressions auxquelles elle est soumise.

Certaines activités sollicitent les muscles abdominaux qui exercent une pression sur le périnée. Ainsi, la pratique sportive, intempestive ou mal exécutée, peut conduire à des fuites urinaires. Une bonne musculature abdominale et pelvienne, limite la pression de pesanteur qui s'exerce sur les parois de la cavité abdomino-pelvienne lors de la pratique de certains sports tels que la course à pied et les sauts.

Sports concernés

Les sports de course intensive, de musculation ou provoquant des à-coups font courir le plus grand risque de pertes urinaires. On peut citer l'athlétisme, le volley-ball, le basket-ball, le handball, le fitness, le step, l'équitation ou encore le marathon. Le port régulier de charges lourdes, lors d'un travail physique ou de séances de musculation, exerce une mauvaise action sur la cavité abdomino-pelvienne et peut ainsi entraîner des dégradations dans les systèmes de la continence urinaire. Le jogging, le ski, les abdominaux, l'aquagym et le tennis sont considérés comme des sports à risque moyen. Les sports moins violents, ne sollicitant pas le périnée comme le vélo, la natation, le golf et la marche, font courir un risque plus faible d'incontinence urinaire (6).

b) Le tabac

Le tabac peut avoir une incidence sur l'apparition de problèmes urinaires.

En effet, la cigarette peut provoquer une toux chronique, qui elle-même peut se transformer en bronchite chronique. La toux est à l'origine d'efforts de poussée abdominale répétés. Cette pression abdominale s'étend au périnée. La pression sur le périnée s'exerce sur la vessie, ce qui peut entraîner des fuites urinaires.

Le tabac a une action anti-œstrogène. Les œstrogènes jouent un rôle sur la tonicité du périnée. En inhibant ces hormones, le tabac provoque un relâchement des muscles du plancher pelvien.

Cette distension du périnée ne permet plus la rétention des urines et conduit ainsi à une incontinence urinaire. De plus, la nicotine altère le collagène du tissu périnéal.

Le tabac, par ses composants et son action, agit sur le périnée et le fragilise (6).

c) L'obésité

Le poids a une influence sur la rétention des urines.

La surcharge pondérale exerce une pression supplémentaire sur les muscles abdominaux et pelviens, ce qui favorise les fuites urinaires. Il existe ainsi un lien direct entre l'excès de poids et l'incontinence. Le risque d'incontinence sévère serait multiplié par trois en cas d'obésité (6).

d) La constipation chronique

La constipation devenant chronique est un facteur de risque d'incontinence urinaire.

Le rectum, dans lequel sont contenues les selles avant leur excrétion, se situe derrière la vessie. Par conséquent, les selles bloquées dans le rectum exercent une pression sur la vessie, qui peut être à l'origine de pertes urinaires. De plus, les efforts effectués pour évacuer ces selles déshydratées et dures, tendent à dénervé le périnée en soumettant une force sur le nerf pudendal, qui donne naissance au nerf périnéal, innervant le périnée(24).

e) Les prises liquidiennes

La prise liquidiennne est un facteur influençant les fuites urinaires. Il est donc recommandé de boire en moyenne 1,5 litre par jour selon son poids. Une personne de faible corpulence consomme moins de liquide qu'une personne forte.

L'ingestion de liquide ne doit pas être diminuée mais mieux répartie dans la journée ; il faut boire régulièrement et diminuer la quantité de boissons le soir (cf II, 2), b)).

Une hydratation insuffisante conduit à un déséquilibre dans la balance électrolytique. Les urines seront ainsi plus concentrées et plus irritantes pour la vessie et l'urètre. Par conséquent, la vessie sera plus active et les besoins d'uriner plus fréquents et urgents. D'autre part, le manque de liquides provoque une déshydratation qui engendre des confusions chez la personne et une constipation (6).

Néanmoins, certaines boissons sont à éviter car elles ont un effet diurétique rapide. On peut citer le thé, le café, l'alcool, les boissons gazeuses et les boissons chocolatées (25).

f) Les infections urinaires à répétition

Les infections urinaires provoquent des envies d'uriner.

Chaque infection urinaire fragilise la vessie par l'inflammation qu'elle déclenche. Elle entraîne une hypersensibilité de la vessie. Celle-ci, pas entièrement pleine, demande à être vidée rapidement. Cette urgence peut conduire à des pertes urinaires involontaires.

g) Le diabète

On peut citer comme facteur de risque d'incontinence urinaire, le diabète non contrôlé.

Un des signes cliniques majeurs du diabète est la polyurie. Ces urines abondantes et fréquentes, peuvent être la cause de fuites urinaires. Le diabète peut transformer la vessie du patient en une vessie atonique lorsque celui-ci vieillit. Incapable de se vider entièrement en raison d'une faiblesse des muscles, une urine résiduelle va y persister et provoquer une incontinence de surplus.

Par conséquent, une personne ayant des problèmes urinaires doit se faire dépister contre le diabète (14).

h) La prise de médicaments

Par leur action ou par leurs effets secondaires, les médicaments peuvent engendrer des fuites urinaires. De nombreuses familles de médicaments sont concernées avec des effets différents.

- Les diurétiques remplissent la vessie, pouvant entraîner une incontinence de regorgement.
- Les anticholinergiques et les antagonistes calciques inhibent les contractions vésicales. La vidange de la vessie peut ainsi être compromise.
- Les antidépresseurs, les opioïdes et les agonistes alpha-adrénergiques peuvent conduire à la rétention urinaire. Contrairement à eux, les antagonistes alpha-adrénergiques fragilisent le sphincter vésical, provoquant quelques problèmes urinaires.
- On peut également citer les hypnotiques qui entraînent une confusion mentale et par conséquent une perte des repères de la personne. La personne peut oublier le geste d'uriner au moment voulu.

La polymédication accroît le risque d'effets secondaires sur la vessie. L'ingestion de plusieurs médicaments ayant une action néfaste sur la vessie, aggrave le risque d'incontinence. Il faut ainsi veiller aux effets que peuvent engendrer les traitements médicamenteux. Les médicaments prescrits doivent être réévalués chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire (14) (5).

2. Etiologies

a) Pathologies de la prostate

La prostate est située sous la vessie et entoure le canal de l'urètre. Par conséquent, une pathologie de la prostate atteint fréquemment le système urinaire.

HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE

L'hypertrophie bénigne de la prostate se définit par une augmentation du volume prostatique (figure 15). Elle débute vers 45 ans. La prostate qui grossit, appuie sur la vessie et gêne l'écoulement de la vessie. Elle entraîne également un épaississement du muscle vésical

qui doit intensifier son travail pour assurer une vidange complète de la vessie. Ceci provoque donc un obstacle à l'évacuation des urines et un dysfonctionnement de la vessie (14).

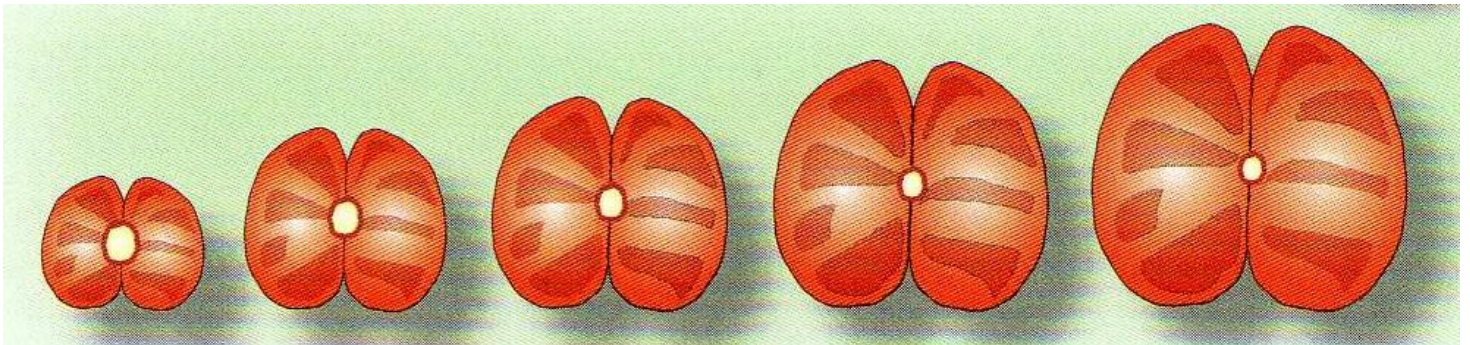


Figure 15 : modifications normales de la prostate liées à l'âge (5)

OPERATIONS DE LA PROSTATE

La chirurgie de l'adénome prostatique consiste à retirer le tissu qui obstrue l'urètre en laissant la capsule intacte. L'incontinence est fréquente après cette chirurgie. Elle touche principalement le sujet âgé exposé à d'autres facteurs de risque comme la polymédication, les polyopathologies, la mobilité réduite.

La prostatectomie radicale consiste à retirer la prostate en totalité avec les vésicules séminales. Elle s'effectue dans le traitement des cancers de la prostate. Cette exérèse peut conduire à des lésions du sphincter de l'urètre en raison de sa proximité avec la prostate. L'incontinence urinaire survient chez 5 à 20% des patients opérés (26)

b) Age et vieillissement de l'appareil urinaire

REINS

Avec l'âge, le nombre de néphrons diminue, le volume-débit-minute du cœur s'affaiblit et la sécrétion d'hormone anti-diurétique s'atténue. Tout ceci inverse le cycle mictionnel nyctéméral.

Durant la journée, le volume-débit-minute du cœur est plus faible au niveau du rein pour répondre aux demandes des autres organes. La nuit, étant moins sollicité par les autres organes, ce volume-débit-minute revient à la normale. C'est pourquoi, la personne âgée produit plus d'urine la nuit que le jour. Ceci entraîne une nycturie voire une incontinence pour les personnes peu mobiles (5).

VESSIE ET DETRUSOR

En vieillissant, le nombre de fibres de collagène augmente dans la paroi vésicale, diminuant la compliancé de celle-ci. Ainsi, la pression intra-vésicale s'accroît au cours du remplissage, conduisant à une fuite quand elle dépasse celle du sphincter. Au contraire des fibres de collagène, le nombre de fibres musculaires diminue. Le détrusor, couche musculuse

de la vessie, devient donc moins efficace pour expulser l'urine et moins capable de vidanger complètement la vessie. De plus, des contractions involontaires peuvent survenir pendant le remplissage, entraînant des envies soudaines.

En résumé, la vessie subit des modifications naturelles liées à l'âge :

- diminution de la capacité à ressentir le besoin d'uriner,
- augmentation du besoin urgent d'uriner par les contractions involontaires,
- diminution de la contraction musculaire (5).

URETRE

L'augmentation du taux de fibres de collagène affecte également l'urètre : il devient plus fibreux. S'ajoute à cela la diminution de la quantité des fibres nerveuses et des fibres musculaires qui tend à rétrécir le calibre et la longueur de l'urètre et à affaiblir le sphincter de l'urètre.

Sous la dépendance des œstrogènes, la muqueuse urétrale s'atrophie (cf 2^{ème} partie, I, 2), g)) et s'assèche, ce qui est à l'origine d'irritations. Ces irritations provoquent des contractions inopinées de la vessie, amenant à des pertes urinaires. L'urètre et son sphincter affaiblis ne retiennent plus correctement les urines et mènent à une incontinence urinaire (5).

c) Altération de la santé en général – réduction de la mobilité

Une personne qui a un besoin urgent d'uriner peut, si sa mobilité et sa dextérité sont réduites, devenir incontinente.

Avec l'âge, la personne souffre d'asthénie, de fatigabilité et son endurance s'en trouve touchée. La personne âgée aura du mal à atteindre les toilettes. Le ralentissement de la vitesse de marche et les troubles de l'équilibre amplifient le risque de devenir incontinent. Par la baisse de la force musculaire et de la dextérité, il devient difficile pour le patient de défaire les boutons ou fermeture-éclair des pantalons, les ceintures et d'enlever ses habits rapidement. De plus, le fait d'arriver aux toilettes est un stimulus physiologique puissant qui intensifie les contractions de la vessie.

Des signes psycho-affectifs peuvent survenir avec l'âge : on peut observer chez la personne une mauvaise perception de son état de santé, une démotivation, la peur de tomber ou une incapacité à s'adapter aux changements. La fonction urinaire sera normale mais cependant le patient sera incontinent à cause de son incapacité à reconnaître l'endroit approprié pour uriner (14).

d) Maladies neurologiques

Les maladies neurologiques perturbent la miction par divers phénomènes.

Les malades atteints de démence, de la maladie d'Alzheimer, ou de l'handicap mental, ont une fonction urinaire normale mais deviennent incontinents par leur incapacité à reconnaître l'endroit approprié pour uriner. D'autres malades, par une lésion cérébrale susceptible de modifier la communication entre le cerveau et la vessie, se trouvent dans l'incapacité à contrôler ou à vider complètement la vessie (5). Les maladies concernées sont les maladies

neuro-dégénératives. La maladie de Parkinson entraîne une perte du contrôle des muscles du plancher pelvien, contrairement à la maladie d'Alzheimer qui entraîne une perte de la mémoire avec l'oubli du besoin d'uriner. Un des symptômes de la sclérose en plaque est le trouble urinaire. La démyélinisation des fibres nerveuses du système nerveux central nuit à la transmission des signaux entre la vessie et le cerveau. La moelle épinière démyélinisée est incapable d'acheminer correctement les signaux au cerveau. Sans les commandes du cerveau, le processus de miction est perturbé. Ainsi, on pourra observer des rétentions urinaires, mais aussi une difficulté de vidanger la vessie (27).

e) Grossesse

Un tiers des femmes enceintes souffrent de problèmes urinaires pendant leur grossesse. Deux facteurs entrent en cause, un facteur hormonal et un facteur mécanique.

En premier, de la progestérone est sécrétée. Elle a une action décontractante, elle relâche tous les muscles dans le but d'accueillir le fœtus et d'éviter les contractions qui pourraient l'expulser. La tonicité du périnée est alors diminuée, ce qui limite la capacité de retenir les mictions.

En second vient la pression exercée par le fœtus qui applique une force sur le bas-ventre. Cette force fragilise les sphincters qui se relâchent plus facilement. La pression exercée sur la vessie est proportionnelle au poids du fœtus. Plus le fœtus grossit, plus il appuie sur la vessie. Par conséquent, la femme enceinte doit aller plus souvent aux toilettes, par ses envies irrésistibles et constantes d'uriner.

Les fuites urinaires surviennent si d'autres forces s'ajoutent à celles s'exerçant sur la vessie comme une toux, un éternuement, un fou-rire ou encore un port de charge lourde. Ces fuites cesseront après l'accouchement (28).

f) Accouchement

L'accouchement endommage le fonctionnement des voies urinaires.

Pendant l'accouchement, le périnée est considérablement étiré. Le bébé descend et entraîne une partie du col utérin, l'utérus, la vessie et le rectum avec lui. Ces modifications sont sources d'incontinence urinaire. Au niveau du bassin, le passage du bébé peut appuyer, voire endommager les nerfs contrôlant les muscles du plancher pelvien. Ces nerfs fragilisés n'assureront plus correctement le transport de l'influx nerveux permettant les contractions du périnée. De plus, certaines circonstances de l'accouchement aggravent le risque de problèmes urinaires. Une vessie pleine avant l'expulsion du bébé, des efforts expulsifs avant la dilatation complète du col utérin ou une déchirure périnéale favorisent la survenue d'une incontinence urinaire.

Ces désordres urinaires sont réversibles. Une rééducation post-partum bien conduite remuscle le plancher pelvien et supprime tous les problèmes urinaires causés par la sortie du nourrisson. La fréquence de l'incontinence urinaire n'augmente pas significativement avec le nombre d'accouchements (28).

g) Ménopause

Les changements induits par la ménopause ont une action sur la vessie (5).

A la ménopause, les ovaires cessent de produire des œstrogènes. Ce changement hormonal modifie les muqueuses et les tissus utérins. L'urètre comporte à sa surface des plis qui assurent une fermeture étanche grâce aux œstrogènes (figure 16). Une baisse de ces hormones dégrade les plis qui seront moins prononcés et n'assureront plus une étanchéité complète (figure 17). Des fuites urinaires peuvent alors survenir.



Figure 16 : urètre avant la ménopause (5)

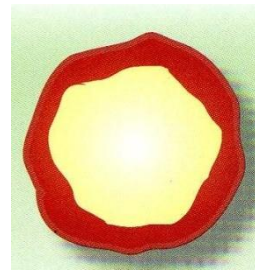


Figure 17 : urètre après la ménopause(5)

Le périnée est oestrogéno-dépendant. La diminution des œstrogènes provoque un relâchement de sa tonicité musculaire. Ainsi, un effort comme une course, une toux, un rire ou un rapport intime, déclenche des pertes urinaires et met en évidence l'incontinence.

II. Prévention

1. Prévention au quotidien

La prévention de tous les jours consiste à fuir les mauvaises habitudes et à éviter au maximum les facteurs de risque. Des gestes simples améliorent la santé et repoussent tant que possible, voire empêchent la survenue d'incontinence urinaire (6).

Toilettes : il ne faut pas se retenir avant d'aller au toilette. Il ne faut pas pour autant aller au toilette par précaution. Pousser en urinant est déconseillé. Tout ceci dérègle la fonction naturelle d'élimination urinaire sans effort.

Sport : il est contre-indiqué pour la vessie de pratiquer des exercices contractant le périnée. Pour cela, il ne faut pas forcer sur les abdominaux.

Les bons mouvements abdominaux s'effectuent en creusant le ventre lors de l'expiration. Ainsi les muscles sont raccourcis et n'appuient pas sur le périnée (figure 18).

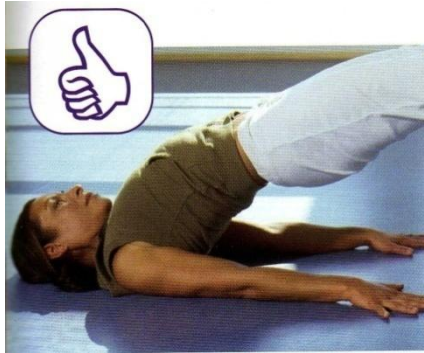


Figure 18 : bon mouvement abdominal (6)

Les mauvais mouvements apparaissent lorsque l'on gonfle le ventre lors de pédalages, ciseaux ou encore relevés de buste trop rapides (figure 19).

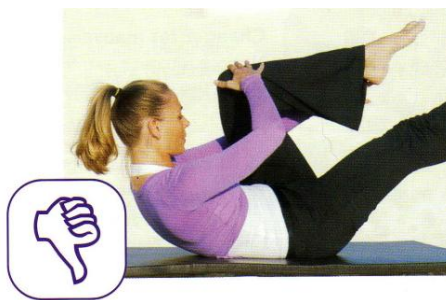


Figure 19 : mauvais mouvement abdominal(6)

Les activités très physiques sont à bannir (cf. I, 1), a)).

Selon les recommandations de l'HAS (haute autorité de santé), il convient de pratiquer une activité physique régulière.

Habillement : les talons hauts sont mauvais pour le périnée, ils déséquilibrent le rapport de force entre les muscles dorsaux et abdominaux.

Tabac : il est contre-indiqué à cause de la toux qui peut déclencher des pertes urinaires.

Boissons : les liquides sont autorisés, ils doivent être pris par petite quantité, répartis dans la journée et évité le soir.

Transit intestinal : il faut réguler le transit pour éviter toute constipation où les selles dures entraînent des compressions de l'urètre et de la vessie.

Dès l'apparition de pertes urinaires, il est impératif de consulter un médecin pour qu'il élimine toutes causes pathologiques, comme le diabète, ou médicamenteuses.

2. Alimentation et hygiène

a) Aliments

La prise de poids est néfaste pour le système urinaire, le surpoids exerce une force sur le périnée. De plus, certains aliments ont un effet néfaste sur les voies urinaires.

Il est recommandé pour un adulte de prendre trois repas équilibrés par jour pour limiter la prise de poids. Certains aliments sont à éviter. On peut citer le chocolat noir dont un de ses composants, la caféine, irrite la paroi vésicale. Les agrumes, les épices pimentés, la tomate, par leur acidité, exerce le même effet que la caféine sur la vessie. L'alcool, l'asperge ou encore le persil ont un effet diurétique, ainsi leur ingestion remplit rapidement la vessie et provoque des envies soudaines d'uriner. A l'opposé, des aliments sont à privilégier. Les aliments riches en fibre (chou, poireau, pruneau, avocat, figue...) ont une double action sur la vessie. Ils luttent contre la constipation et évitent la rétention d'eau (25).

b) Boissons

Diminuer la quantité d'eau bue par jour ne permet pas de limiter l'effet sur l'incontinence urinaire ! Il est essentiel pour l'organisme de boire en moyenne 1,5 litre par jour. Il est cependant nécessaire d'étaler la consommation de boissons sur toute la journée et d'éviter d'ingurgiter de grosses quantités par prise. La limitation de la consommation de boissons au diner et l'arrêt de boire deux heures avant le coucher minimalisent le risque de pertes urinaires durant la nuit.

Les boissons contenant de la caféine comme le café et le thé, peuvent provoquer des contractions inappropriées de la vessie et ainsi amener à des fuites urinaires. Les boissons gazeuses et les édulcorants artificiels agissent de la même façon. On peut remplacer ces boissons par du jus de canneberge à raison d'un ou deux verres par jour. La canneberge, par ses propriétés anti-infectieuses sur les voies urinaires, limite la survenue d'infections urinaires(25).

3. Femme enceinte

a) Pendant la grossesse

La grossesse engendre une prise naturelle de poids, qui peut forcer à aller aux toilettes plus fréquemment. Il est nécessaire de surveiller la prise de poids pour limiter au maximum la pression sur le périnée. Chez la femme enceinte, le principal risque de fuites urinaires reste la localisation du fœtus qui appuie sur la vessie.

Pour lutter contre les douleurs lombaires et éviter le déplacement des organes urinaires, il faut atténuer la courbure lombaire en basculant le bassin vers l'avant. Le port de charges lourdes est à limiter. Ces charges exercent une pression sur le périnée, ce qui le détend et le rend moins apte à lutter contre les fuites urinaires. Des exercices de contraction du périnée sont conseillés pendant la grossesse pour limiter la distension des muscles du système urinaire.

Comme pour toutes les personnes, il est préconisé d'aller aux toilettes régulièrement pour éviter des pertes dues à un effort soudain comme le rire ou la toux (29).

Dès que des fuites urinaires surviennent chez la femme enceinte, en parler à son médecin et à son pharmacien permettra de trouver une solution pour pallier au problème, comme le port de protections absorbantes et des exercices de musculation du périnée.

b) Avant l'accouchement

Avant l'accouchement, il faut impérativement vider complètement la vessie. Le contenu de la vessie sera évacué soit par méthode naturelle (poussée normale par la femme), soit par un sondage intermittent. Ceci évite la dégradation des voies urinaires.

Lors de l'accouchement, pousser pour faire sortir le bébé est à éviter tant que le geste n'est pas ordonné par le médecin. La pression effectuée sans que le bébé ne soit bien placé altère les muscles qui entourent la vessie et l'urètre (29).

c) Après l'accouchement

Des séances de rééducation périnéale sont prescrites par les médecins après un accouchement pour remuscler correctement le périnée, et ainsi stopper les pertes urinaires dues à la distension de ces muscles (29).

4. Femme ménopausée

Le risque d'incontinence urinaire augmente chez la femme ménopausée à cause de la baisse des sécrétions d'œstrogènes, et à la distension du périnée qui en résulte. La rééducation du périnée, pratiquée régulièrement, peut pallier ce trouble. Les muscles du système urinaire reprennent leur tonicité et peuvent jouer leur rôle convenablement.

Un traitement hormonal substitutif peut être proposé pour remédier à ce problème. Les hormones retrouvent un taux élevé et stable, elles participent au maintien de la structure plissée de l'urètre, ce qui assure une contraction efficace du sphincter (6).

5. Problème de prostate

La prévention chez l'homme ayant un adénome prostatique ou ayant subi une opération de la prostate se rapproche de celle des femmes ménopausées.

La rééducation du périnée peut être également être prescrite chez les hommes.

En cas d'adénome prostatique, un traitement hormonal peut être prescrit à la personne pour diminuer le volume de sa prostate. D'autres traitements médicamenteux plus ciblés existent pour pallier aux différents types d'incontinence urinaire masculine. On peut citer les anticholinergiques qui bloquent les contractions du détrusor, ou les alphabloquants qui baissent l'hyperpression sphinctérienne engendrée par l'adénome prostatique. Les deux diminuent les fuites urinaires (30).

6. Personnes âgées

Le changement des habitudes de vie de la personne âgée influence sa personnalité et ses capacités à être continent (14).

Un aménagement de son lieu de vie et de son environnement est nécessaire pour assurer la fonction normale de la miction. Les toilettes doivent être accessibles facilement et être proches de la principale pièce à vivre de la personne, les escaliers pour y accéder sont à bannir. La tenue vestimentaire de la personne âgée doit également être adaptée, le port de pantalons à taille élastique facilite son enlèvement avant la miction. Pour les personnes mobiles n'ayant pas le temps d'atteindre les toilettes la nuit, un pot de chambre peut être placé près du lit, pour faciliter les besoins urgents. Pour les personnes alitées, un pistolet prendra la place du pot de chambre.

Si les fuites urinaires ne peuvent être évitées par la prévention, il faut chercher un autre moyen d'y remédier. La prise de médicaments peut être proposée à la personne âgée ou le port de protections urinaires pour pallier aux fuites gênantes.

III. Rééducation périnéale

La rééducation du plancher pelvien ne concerne pas uniquement les femmes. Les hommes possèdent également des muscles à ce niveau. Ceux-ci sont aussi importants que chez les femmes.

1. Généralités

La rééducation périnéale est une gymnastique spéciale, conçue pour renforcer les muscles du périnée, mais également les muscles situés à l'entrejambe. Cette gymnastique est un excellent moyen pour limiter ou prévenir les fuites urinaires. Elle est aussi bénéfique dans le traitement de l'incontinence fécale.

Les muscles du plancher pelvien, situés au niveau du bassin, entourent l'urètre, l'ano-rectum et, chez la femme, le vagin. Avec les sphincters, ils contrôlent les ouvertures et fermetures de la vessie et des voies anales. Le relâchement de ces muscles est responsable d'émissions involontaires d'urines (figure 6). Par conséquent, il est nécessaire d'essayer la rééducation périnéale avant de commencer tout autre traitement.

La rééducation peut se pratiquer à n'importe quel âge. La motivation, la fréquence et l'intensité de l'entraînement influencent la positivité des résultats. L'amélioration est visible au bout de 2 à 4 mois. Les meilleurs résultats sont perçus lorsque l'entraînement dure environ 6 mois.

Une étude a révélé que 30% des femmes qui essaient de contracter leur périnée le font mal. Les muscles des fesses et des cuisses sont contractés, contrairement aux muscles périnéaux. La contraction des muscles du plancher pelvien est ressentie comme un resserrement et une légère remontée du bassin dans le corps, autour du vagin et de l'anus (figures 20 et 21). Ce mouvement est visualisable dans un miroir.

Il est possible de demander conseils à son kinésithérapeute ou à son médecin pour s'assurer de la bonne réalisation des mouvements (30).

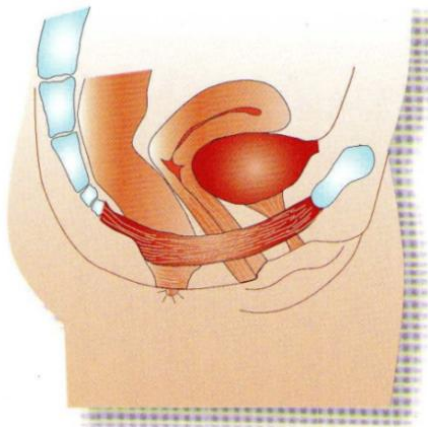


Figure 20 : plancher pelvien relâché

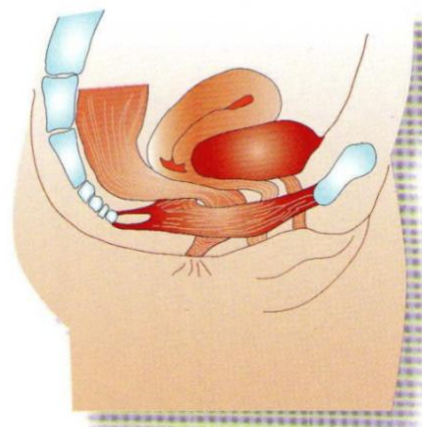


Figure 21 : plancher pelvien contracté

2. Indications et contre-indications

a) Indications

La rééducation périnéale est indiquée principalement dans l'incontinence urinaire d'effort, quelque soit l'importance de cette incontinence. Elle peut néanmoins être pratiquée dans les autres types d'incontinence en complément des autres traitements. On peut prescrire cette gymnastique en post-partum et lors de chirurgie pelvienne, que ce soit en pré-opératoire ou en post-opératoire. Toutefois, il convient de comprendre le fonctionnement de sa vessie et de ses sphincters avant toute pratique pour augmenter l'efficacité des mouvements (14).

b) Contre-indications

La rééducation périnéale est contre-indiquée pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement. Un délai de 8 semaines doit être respecté avant toute pratique sportive, ceci pour permettre aux muscles et organes génitaux de reprendre leur bon positionnement. Cette rééducation s'avère inutile chez les personnes démentes ou présentant des troubles neuro-psychiatriques graves à cause de l'absence ou de la mauvaise réalisation des mouvements (14).

3. Différentes techniques de rééducation

Toutes ces techniques d'entraînement ne sont pas appropriées pour tous les patients incontinents. L'entraînement doit être adapté pour chaque patient.

Les sondes vaginales (figure 22) et les sondes anales (figure 23) utilisées sont dispensées par les prestataires de MAD dont les officines.



Figure 22 : sonde vaginale



Figure 23 : sonde anale

a) Rééducation manuelle

La rééducation manuelle est la méthode la plus complète. Elle nécessite d'apprendre à réaliser une contraction des muscles du périnée sans solliciter les muscles abdominaux et les adducteurs. Pour cela, la personne doit prendre conscience de l'état de contraction et de relâchement des muscles de la zone du bas-ventre. Ceci peut se faire par le biofeedback musculaire. Les exercices appris correctement, doivent être intégrés dans la vie quotidienne pour une rééducation prolongée et efficace (14).

b) Biofeedback musculaire

Le biofeedback musculaire facilite l'exécution des exercices des muscles du plancher pelvien chez l'homme et la femme par la visualisation des contractions périnéales sur écran. Son but est d'apprendre à effectuer correctement des contractions périnéales en dépistant puis en évitant les contractions des muscles abdominaux. Il permet également de prendre conscience des progrès. Les contractions périnéales sont détectées par une sonde vaginale chez la femme ou une sonde anale chez l'homme ou par des électrodes collées à une sangle placée sur l'abdomen. L'appareillage transforme les signaux de pression (captés par la sonde) et les signaux électriques (captés par les électrodes) en signaux lumineux ou sonores, qui indiquent le moment de la contraction. Ces supports visuel et auditif permettent ainsi l'enregistrement de l'activité des muscles du plancher pelvien (14)(2).

c) Electrostimulation périnéale

L'électrostimulation périnéale facilite également la pratique des exercices des muscles pelviens chez les deux sexes. Elle est utilisée en complément d'une rééducation manuelle. Un courant électrique stimule les muscles du périnée, ce qui conduit au renforcement musculaire. Ce courant électrique se propage grâce à une électrode située sur une sonde vaginale ou une

sonde anale. La stimulation électrique est adaptée à chaque patient pour être la plus efficace. L'électrostimulation assure une contraction passive des muscles du plancher pelvien. Le patient incontinente ne fait aucun effort mais ressent les contractions et l'emplacement exact de ces muscles (14)(2).

d) Rééducation par courant électromagnétique

Cette méthode est peu utilisée en France. Elle est obligatoirement effectuée par un kinésithérapeute spécialisé en urologie-gynécologie. Elle utilise une chaise électromagnétique qui, par induction électromagnétique, dégage des stimulations électromagnétiques à l'extérieur du corps. Le patient se place sur la chaise. Les stimulations traversent les tissus et les os puis excitent les innervations des muscles pelviens. L'avantage de cette méthode est l'absence de sonde et ainsi le respect de l'intimité (14)(2).

4. Programme de rééducation périnéale chez un kinésithérapeute

Une prescription médicale est nécessaire pour pratiquer des séances de rééducation. Le médecin n'a pas besoin d'indiquer le nombre de séances, c'est au kinésithérapeute ou à la sage-femme (après un accouchement) de déterminer cela grâce à un bilan initial et aux progrès de la patiente.

Lors de la 1^{ère} séance, le kinésithérapeute réalise un bilan périnéal grâce à un interrogatoire et à un examen clinique. Ceci permet d'établir un programme de rééducation. Les séances suivantes durent 30 minutes en moyenne. Il est important de pratiquer à domicile, entre chaque séance, des exercices pour périnée chaque jour.

10 à 12 séances de rééducation périnéale sont recommandées, puis on évalue les progrès :

- Si au bout d'une dizaine de séances bien exécutées, aucun progrès n'est visualisable, il faut envisager d'autres solutions thérapeutiques.
- Si au bout d'une dizaine de séances, le patient est guéri, les séances de rééducation avec le kinésithérapeute peuvent être écourtées. Cependant, le patient doit continuer à pratiquer chez lui des exercices pour conserver cette amélioration.
- Si au bout d'une dizaine de séances, des progrès sont visualisables mais le résultat n'est pas total, des séances supplémentaires doivent être prescrites.

La rééducation s'avère efficace chez sept patients sur dix. Malheureusement, un patient sur deux perd le bénéfice de cette rééducation après 4 ans. La rééducation quotidienne se révèle donc indispensable. Chez la femme venant d'accoucher, la rééducation périnéale est efficace dans 80% des cas (14).

5. Exercices pratiques à faire chez soi

Ces exercices pratiques peuvent être réalisés par le patient, sans surveillance particulière. Ils n'entraînent aucun effet secondaire, ne nécessitent aucun instrument, et sont à effectuer tous les jours. Les résultats sont directement liés à la fréquence et à l'intensité de

l'entraînement. L'idéal est d'enchaîner des séries de 10 contractions-décontractions 3 fois par jour. Le relâchement dure le double de temps de la contraction (5 secondes de contraction contre 10 secondes de relâchement par exemple). Lorsque l'on arrive facilement à resserrer ces muscles, les séances d'entraînement peuvent s'espacer, et passer à 2 ou 3 fois par semaine(30).

Début des exercices

Avant d'effectuer ces exercices, il convient de relaxer le périnée en inversant le rapport de pression au niveau du bassin durant 5 minutes (30).

- ✓ A genoux, se pencher vers l'avant. Avec les avant-bras, prendre appui sur le sol, la tête entre les mains.



- ✓ Poser les jambes sur un tabouret ou une chaise. Le bassin est légèrement surélevé au moyen d'un coussin.



Entraînement du périnée

Il convient de respirer correctement pendant la séance d'exercice. Lors de l'inspiration, les muscles du périnée sont relâchés, le périnée s'abaisse en direction du sol. A l'inverse, lors de l'expiration, les muscles du périnée se contractent et se bombent dans le petit bassin (30).

- ✓ La position à califourchon, contre une résistance fixe qui exerce une contre-pression, facilite la contraction du périnée. S'asseoir sur une serviette roulée et contracter les muscles du périnée en expirant.



- ✓ Debout, assise ou couchée, croiser les jambes. En expirant, presser les bords externes des pieds l'un contre l'autre.



- ✓ Faire le dos creux facilite également la contraction des muscles qui entourent l'urètre et le vagin. Se concentrer sur le périnée et contracter les muscles en expirant.



- ✓ Assise, jambes pliées et écartées ; les mains maintenant les genoux collés. En expirant, essayer d'ouvrir les cuisses contre la résistance des mains.



- ✓ S'asseoir sur une chaise dure et faire le dos rond. Cette position facilite la contraction de la région anale. Se concentrer sur le périnée et en expirant, contracter les muscles périnéaux.



« Cas d'urgence »

Pour arrêter un besoin irrésistible d'uriner, se pencher en avant. Cette position permet d'inverser la direction de la pression dans le bassin. Cet exercice peut se faire très discrètement au quotidien, il suffit de faire mine de lacer ses chaussures.



IV. Rôles du pharmacien

La personne souffrant de fuites urinaires peut trouver du réconfort et des conseils en officine, ce qu'elle n'aura pas dans les grandes surfaces. Le pharmacien a trois grands rôles :

- détecter chez un patient un problème urinaire,
- aborder ce problème avec lui en toute discrétion,
- conseiller le patient sur les différentes protections urinaires (31).

1. Détecter

Le patient, souvent gêné, n'osera pas aborder ses problèmes de fuites urinaires. Par conséquent, le pharmacien doit pouvoir détecter un éventuel problème urinaire chez une personne à partir d'une pathologie, d'un traitement médical, mais aussi de facteurs de risque.

On peut citer quelques familles de médicaments en rapport avec l'incontinence urinaire. Ceux-ci peuvent aggraver la pathologie ou la corriger :

- Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate : alfuzosine, finastéride, dutastéride, prunier d'Afrique,
- Traitement de l'instabilité vésicale : oxybutynine, chlorure de trospium,
- Traitement diurétique : furosémide, spironolactone, indapamide,
- Traitement antihypertenseur : clonidine, enalapril,
- Traitement antihypertenseur associé à un diurétique : irbésartan + hydrochlorothiazide, valsartan + hydrochlorothiazide,
- Traitements neuroleptique, anxiolytique, normothymique, antiépileptique : rispéridone, diazépam, olanzapine.

Outres les médicaments, certaines périodes de la vie et certains facteurs de risque peuvent également engendrer des fuites urinaires plus ou moins importantes (tableau 1).

	Hommes	Femmes
Etats	Prostatectomie Vieillesse	Grossesse / Accouchement Ménopause Chirurgie (hystérectomie) Vieillesse / Prolapsus (descente d'organe)
Maladies associées	Trouble du métabolisme (diabète) Maladies inflammatoires Troubles neurologiques	
	Hypertrophie bénigne de la prostate	Infection urinaire
Facteurs de risque	Immobilité Obésité Constipation Prise de médicaments Toux chronique Tabac ...	

Tableau 1 : différents états, maladies associées, et facteurs de risque pouvant entraîner une incontinence urinaire selon le sexe

2. Aborder le problème

Le pharmacien ayant repéré un patient susceptible de souffrir d'incontinence urinaire, doit l'aborder sans qu'il se referme sur lui-même. Pour cela, certains mots sont à bannir lorsque l'on amène au dialogue comme « incontinence » et « couche ». Les mots les plus faciles à entendre pour la personne seront « fuite urinaire », « faiblesse urinaire », « petit problème urinaire », « protection absorbante » et « sous-vêtement absorbant ». Cinq étapes sont possibles pour amener le patient à s'ouvrir sur le sujet.

a) Mettre à l'aise

Pour mettre à l'aise le patient, il faut se montrer compréhensif et lui parler avec simplicité et clarté. On peut amener le sujet en discutant de la maladie ou de l'état du patient, puis lui demander s'il ne présente pas des fuites urinaires, courantes dans des situations comme la sieste.

b) Montrer au patient qu'il n'est pas le seul

La deuxième étape consiste à rassurer le patient. Pour cela, on lui explique que cette pathologie concerne 5 millions de personnes et qu'elle touche les deux sexes, à tous les âges.

On écoute ses besoins et on dédramatise la situation. Une brochure d'information peut être donnée au patient pour qu'il s'informe sur les fuites urinaires.

c) Recueillir des données cliniques

Il faut interroger le patient sur l'historique de ses fuites urinaires, c'est-à-dire sur l'ancienneté et l'évolution des troubles, mais également sur les traitements entrepris. Plusieurs questions doivent être posées :

« Que se passe-t-il exactement et comment ça se passe ? »

« Depuis quand ces petits soucis surviennent-ils ? »

« A quels moments arrivent ces gênes urinaires, lors de quelles activités ? »

« Avez-vous déjà consulté ou parlé à un médecin de ce problème ? Avez-vous réalisé des examens ? »

Toutes ces questions permettent au pharmacien, mais également au patient de mieux comprendre son problème.

d) Recueillir des informations psychologiques

Il faut interroger le patient sur son ressenti, ses besoins et ses croyances religieuses, comme une femme qui refuse d'être examinée par un médecin masculin. Ainsi, la prise en charge du patient sera centrée sur lui pour plus d'efficacité. Des blocages émotionnels et relationnels, un sentiment de solitude et de dévalorisation sont fréquemment ressentis par la personne. On peut lui transmettre les coordonnées d'AAPI (association d'aide aux personnes incontinentes) où il pourra s'informer et échanger son ressenti avec d'autres personnes qui connaissent le même problème.

AAPI (association d'aide aux personnes incontinentes)

Site internet : www.aapi.asso.fr

Tel : 09 75 63 50 60

e) Apporter une solution

Plusieurs solutions peuvent être soumises au patient, mais une seule sera immédiate, c'est le port de protections absorbantes. Quelque soit le type d'incontinence, une protection absorbante peut être conseillée. Les autres moyens thérapeutiques comme la rééducation périnéale, les traitements médicamenteux et les traitements chirurgicaux peuvent être abordés mais le patient devra aller consulter un médecin.

3. Conseiller

En premier, on choisit l'échantillon adapté au patient selon son degré d'incontinence et son autonomie. On sort le modèle de démonstration de la protection choisie pour que le

patient puisse la voir et on l'informe sur la qualité et les bénéfices de l'échantillon. On lui apporte tous les conseils nécessaires à l'utilisation de l'échantillon (cf. 3^{ème} partie, IX.). La délivrance de l'échantillon se fait en toute discrétion en le plaçant dans un sachet. La protection choisie est enregistrée dans la fiche informatique du patient pour réaliser un suivi correct. Lors de son prochain passage à l'officine, le pharmacien pourra ainsi le questionner sur la protection et, soit lui vendre s'il est satisfait, soit lui conseiller une autre protection mieux adaptée à ses désirs. Le patient se sentira entouré et en confiance.

3^{ème} partie

**Les protections
urinaires**

Les protections urinaires ont pour but de recueillir l'urine et de l'empêcher de remonter à la surface de la protection.

La protection à utiliser est choisie en fonction du volume des fuites (fuites légères, modérées ou sévères), du degré de mobilité et d'autonomie du patient et de sa taille (32)(33)(34)(35).

I. La protection anatomique pour fuites urinaires légères

1. Présentation du change

La protection anatomique pour fuites urinaires légères est également appelée protège-slip. C'est une protection discrète et ultra fine. Son matelas absorbant est multi-couche et contient de la poudre super absorbante. Le tout permet une capture du liquide très rapidement, ce qui assure un effet « garde au sec » et une sécurité et un confort pour la personne.

Chez certaines marques, la forme est anatomique (plus large à l'arrière) pour une utilisation de nuit. Toutes possèdent des élastiques à l'entrejambe pour un ajustement optimal du protège-slip. De larges bandes adhésives sur la partie inférieure garantissent un maintien en place contre le sous-vêtement, offrant moins de risque de fuites. Le voile externe du protège-slip est doux au toucher, souple, intraversable et respirant. Le système anti-odeur aide à la prévention des odeurs et contribue également au maintien d'un pH neutre, protégeant la peau des rougeurs et irritations.

La protection se porte avec des sous-vêtements normaux (slip, boxer, excepté les caleçons...) ayant un large entrejambe de façon à accueillir parfaitement le protège-slip. Elle se porte de jour comme de nuit.

La capacité d'absorption de cette protection s'élève avec la longueur du protège-slip.

2. Utilisation du change

a) Prise de mesure

Une seule taille existe par laboratoire. Il se présente dans un emballage individuel, de petite taille le rendant très discret dans un sac.

b) Pose – dépose du change

Pose :

- Baisser le sous-vêtement au niveau du bas des cuisses
- Enlever le papier protecteur de l'adhésif et coller l'adhésif au centre du sous-vêtement : de l'avant vers l'arrière

- Remonter le sous-vêtement en veillant à ce que la protection prenne la forme de l'entrejambe.

Dépose :

- Retirer la protection de l'arrière vers l'avant.

c) Durée du port

Cette protection est jetable. Le changement se fait toutes les 4 à 6 heures selon les pertes.

3. Indications

Le protège-slip est utilisé pour les petites fuites urinaires et les flux légers chez les personnes mobiles et autonomes principalement. Il est idéal pour l'incontinence d'effort et l'incontinence par impériosité.

4. Principales marques

a) Femme

- Id Anamini® : id ontex : 5 niveaux d'absorption (figure 24)
 - Téma Lady® : Téma : 7 niveaux d'absorption
 - Confiance®protège-slip : Hartmann : 3 niveaux d'absorption
 - Confiance® sensitive : Hartmann : 4 niveaux d'absorption
- ➔ Les Confiance® protège-slip sont plus fins et plus discrets, leur capacité d'absorption est inférieure aux Confiance®sensitive.
- Abri-San® : Abena Frantex : 6 niveaux d'absorption.



Figure 24: protège-slip (32)

b) Homme

La forme est adaptée à l'anatomie masculine en laissant un espace suffisant au centre de la protection pour plus de confort. La verge doit être placée au centre de la protection. Il convient toutefois de porter cette protection avec des sous-vêtements près du corps.

- Id Anamini for men® : id ontex : 2 niveaux d'absorption
- Téma Men® : Téma : 4 niveaux d'absorption (figure 26)
- MoliMed® for men protect : Hartmann : 1 niveau d'absorption
- Confiance® for men protect : Hartmann : 1 niveau d'absorption (figure 25)

Les deux gammes de protection Hartmann sont identiques.



Figure 25 : petite protection anatomique pour homme Hartmann et Id ontex (34)



Figure 26 : petite protection anatomique pour homme Téma (33)

Il existe également chez Hartmann, la coquille pénienne (figure 27), protection en forme de poche pour les hommes.

La capacité d'absorption de la coquille est plus faible que le protège-slip pour homme. Elle peut absorber jusqu'à 210mL.



Figure 27 : coquille pénienne (34)

- Confiance® for men active : Hartmann
- MoliMed® for men active : Hartmann.

Pose de la coquille pénienne (figure 28) :

- 1 : Enfiler la verge dans la poche de la protection
Enlever le plastique de la bande adhésive

2 : Vérifier la bonne position de la coquille

3 : Remonter le sous-vêtement et coller la bande adhésive sur le sous-vêtement

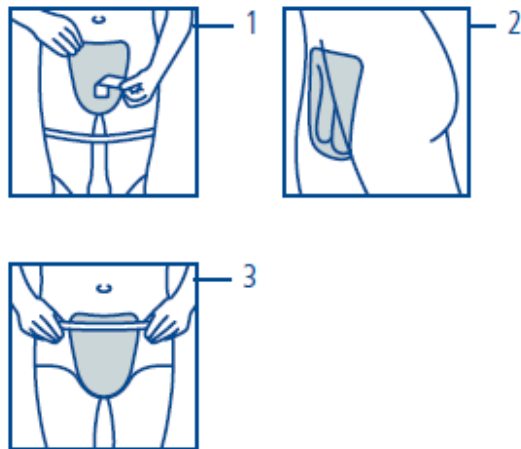


Figure 28 : pose d'une coquille pénienne (34)

II. La protection anatomique

1. Présentation du change

La protection anatomique se présente sous la forme d'un grand protège-slip ayant une capacité d'absorption supérieure aux petites protections anatomiques (figure 29).



Figure 29 : protection anatomique (32)

Les protections anatomiques possèdent de longues fibres de cellulose assurant le transfert de l'urine vers le noyau absorbant. Ce noyau est multicouche, il est composé de poudre super absorbante qui permet au liquide d'être transformé en gel puis de rester au fond de la protection. La peau reste ainsi au sec. Un système anti-odeur améliore la discrétion des fuites et maintient un pH neutre.

La protection possède des barrières anti-fuites intégrales en non-tissé, imperméabilisantes. De plus, des élastiques souples à l'entrejambe ajustent le produit au corps. Un indicateur d'humidité assure une visualisation de la protection et le moment du changement.

Le voile externe des protections anatomiques est en non-tissé et microrespirant. Sur la face inférieure, un ruban adhésif permet d'attacher la protection au slip de maintien.

L'emballage est compact.

Cette protection reste en place grâce à un slip de maintien.

La capacité d'absorption de cette protection varie de 1200mL à 3400mL.

2. Utilisation du change

a) Prise de mesure

La taille est unique, avec différentes capacités d'absorption, repérable par le code couleur présent sur la protection.

b) Pose – dépose du change (figure 30)

Pose :

La pose s'effectue sur une peau propre et sèche.



Figure 30 : pose d'une protection anatomique en position debout et allongée (32)

c) Durée du port

La protection se change dès que nécessaire, toutes les 3 – 4 heures, de même que le matin et le soir. La nuit, elle peut être gardée jusqu'à 10 – 12 heures.

3. Indications

Les protections anatomiques sont employées dans l'incontinence moyenne à sévère. Elles sont à conseiller chez les patients autonomes.

4. Principales marques

- MoliForm® Premium soft : Hartmann : 6 niveaux d'absorption
 - MoliForm® for men : Hartmann, pour home : 1 niveau d'absorption
 - Confiance® Secure Soft : Hartmann : 3 niveaux d'absorption
- ➔ Les deux gammes de protections Hartmann sont identiques.
- Id® Anaform : id ontex : 5 niveaux d'absorption
 - Tena comfort® : Tena : 4 niveaux d'absorption
 - Abri-San® : Abena Frantex : 7 niveaux d'absorption.

III. Le sous-vêtement de maintien

1. Présentation du change

Le sous-vêtement de maintien est également appelé slip de maintien et slip filet (figure 31).

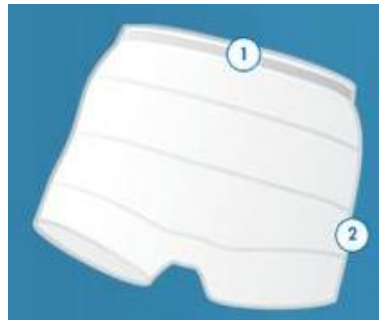


Figure 31 : sous-vêtement de maintien (32)

Il est composé majoritairement d'une matière synthétique aux fils résistants et très souples : le polyester ou le polyamide ; et d'élasthanne qui donne l'élasticité au sous-vêtement. Sa structure filet facilite la mise en place et permet une fixation sûre et aisée de la protection anatomique.

La couleur de ce sous-vêtement est unique, blanc opaque semblable à un vrai sous-vêtement. Ceci le rend très discret. Ce système de maintien est mixte et s'adapte à toute morphologie.

Il est réutilisable. Le lavage peut se faire en machine à 60° jusqu'à 50 fois. Le remplacement s'impose lorsque le sous-vêtement perd de son élasticité. L'utilisation du sèche-linge est autorisée avec les slips de maintien provenant du laboratoire Téna.

2. Utilisation du change

a) Prise de mesure

La mesure se fait au niveau du tour de hanches. La taille du slip doit être la plus adaptée au corps du patient.

b) Pose – dépose du change

Pose : se référer aux protections anatomiques

3. Indications

Le sous-vêtement sert au maintien des protections anatomiques chez les patients mobiles ou alités. Il permet à la protection de rester en place, tout en épousant parfaitement l'anatomie.

4. Principales marques

- MoliPants® Soft : Hartmann : 5 tailles
- Abri-Pants, Abri-Net : Abena Frantex : 4 à 6 tailles
- Id® Fixea : id ontex : 5 tailles
- Téna Fix Premium : Téna : 5 tailles.

IV. La protection droite

1. Présentation du change

La protection droite est une protection de forme rectangulaire (figure 32).



Figure 32 : protection droite (32)

Elle contient un coussin absorbant en cellulose non tissé. Sa surface possède un voile en non-tissé. Elle est imperméable grâce au polyéthylène extérieur.

Différentes versions existent.

La protection droite peut être avec ou sans superabsorbant dans son coussin absorbant. Elle contient ou non un film intraversable.

Certaines protections possèdent une bande adhésive, d'autres non.

Les protections droites avec une bande adhésive se portent avec un sous-vêtement classique.

Celles sans bande adhésive sont maintenues par un sous-vêtement de maintien. L'emballage est compact.

Plus la protection droite est grande, plus sa capacité d'absorption est élevée. La protection peut ainsi contenir de 140mL à 1300mL.

2. Utilisation du change

a) Prise de mesure

La taille est unique, avec différentes capacités d'absorption.

b) Pose - dépose du change

Pose :

- Baisser le sous-vêtement (classique ou de maintien) au niveau du bas des cuisses
- Enlever le papier protecteur de l'adhésif et coller l'adhésif au centre du sous-vêtement : de l'avant vers l'arrière
- Ou placer la protection sans bande adhésive au centre du sous-vêtement de maintien
- Remonter le sous-vêtement en veillant à ce que la protection reste en place.

Dépose :

- Retirer la protection de l'arrière vers l'avant.

3. Indications

La protection droite est indiquée dans l'incontinence très légère à légère chez les patients ambulatoires ou alités. Sa forme non anatomique et sa qualité variable font d'elle une protection peu conseillée.

4. Principales marques

- MoliNea® Pad : Hartmann : 1 niveau d'absorption : 580mL

- Id® rectangular : id ontex : 2 niveaux d'absorption
- Abri-let® : Abena Frantex : 5 niveaux d'absorption.

V. Le sous-vêtement absorbant

1. Présentation du change

Il se présente sous la forme d'un slip absorbant anatomique (figure 33).



Figure 33: sous-vêtement absorbant (32)

Il est composé d'un triple coussin absorbant, diffusant très rapidement l'urine dans la protection. Ce coussin contenant de la poudre super absorbante (SAP) transforme ensuite les flux en gel. Ceci permet à la peau de rester au sec, et de limiter le développement des bactéries et des odeurs.

À la taille, le vêtement est entièrement élastique, garantissant un ajustement parfait ; et par conséquent, un maintien et un confort pour le patient. L'entrejambe, également élastifié, comporte deux barrières hydrophobes qui, n'absorbant pas l'eau, réduisent le risque de fuite. La surface textile de ce change, 100% micro-aérée, en non-tissé, permet à la peau de respirer. Ce voile externe est ainsi non-bruyant.

Il se porte comme un sous-vêtement classique, en toute discrétion. La capacité d'absorption de ce change varie de 900ml à 2000ml.

2. Utilisation du change

a) Prise de mesure

La mesure se fait au niveau du tour de hanches, à même la peau avec un mètre ruban. Le tour de hanches se situe au niveau des crêtes iliaques.

b) Pose – dépose du change

Pose : il s'enfile et se retire comme un slip classique.

Dépose : en fin d'utilisation, les coutures latérales peuvent être déchirées pour un enlèvement facilité.

c) Durée du port

Le sous-vêtement absorbant est à usage unique. Un indicateur d'humidité définit le degré de saturation de la protection, ce changement de couleur signifie le remplacement par un nouveau sous-vêtement absorbant. Toutefois, cet indicateur n'est pas systématiquement utilisé. La protection peut être gardée jusqu'à 10h pour les plus absorbantes avant d'être remplacée.

3. Indications

Ce slip absorbant est conseillé dans les fuites urinaires modérées à sévères des patients ambulatoires.

4. Principales marques

- Confiance®slip : Hartmann : faiblesse urinaire, 2 tailles
- MoliCare® Mobile : Hartmann : 3 niveaux d'absorption, 5 tailles
- Abri-Flex® : Abena Frantex : 3 niveaux d'absorption, 5 tailles
- Id® Slipactiv : id ontex : 3 niveaux d'absorption, 4 tailles
- Tena® Pants : Téma : 3 niveaux d'absorption, 4 tailles
- Tena® Silhouette : Téma : pour femmes, 2 niveaux d'absorption, 2 tailles.

VI. Le change complet

1. Présentation du change

Le change complet se présente sous la forme d'une protection anatomique maintenue en place par des attaches adhésives (figure 34).



Figure 34 : change complet (32)

Il est composé d'une triple couche absorbante extra-large recouvrant la partie pubienne et le fessier. Les propriétés de ce coussin offrent une forte absorption et une répartition des liquides sur l'ensemble de la protection. Le super absorbant contenu dans le coussin convertit l'urine en gel, atténuant les odeurs. Des barrières anti-fuites en voile non-tissé hydrophobe sont présentes sur toute la longueur du produit assurant une parfaite étanchéité. Un élastique souple épouse le contour de l'entrejambe pour un meilleur maintien du change. Le tout augmente la sécurité et le confort pour le patient.

La taille contient des élastiques, ce qui permet un ajustement optimal de la protection et empêche d'éventuelles fuites au niveau du dos dues à un espace entre ce dernier et le change complet. La découpe arrondie du change s'ajuste parfaitement à l'anatomie de la personne. Deux paires d'attaches adhésives repositionnables permettent la fermeture. Elles facilitent le contrôle et empêchent le changement systématique de la protection.

Le voile externe aéré en non tissé laisse respirer la peau et évite toute irritation.

Aucun autre produit n'est introduit à l'intérieur du change. Un protège slip ou une protection anatomique ne doivent pas être ajoutés sur le change complet pour augmenter sa capacité d'absorption. Ceci entraîne un risque de fuites par rupture de l'étanchéité du change, diminue l'efficacité du change et n'augmente pas l'absorption du change.

L'absorption de ce change complet est élevée, de 850ml à 3500ml pour certaines marques.

2. Utilisation du change

a) Prise de mesure

Le tour de hanches définit la taille de la protection. Trois à cinq tailles sont disponibles selon le laboratoire.

b) Pose – dépose du change

Avant la pose : il faut mettre le change en forme et déplier les quatre rabats en tissu jusqu'à leur déploiement total.

Pose (figures 35 et 36) :

Pose en position debout :



- 1** Placez le change de l'avant vers l'arrière.
Remontez la face avant.

Placez-vous derrière la personne et appliquez le change bien à plat, l'**indicateur d'humidité** au milieu du change dans le prolongement de la colonne vertébrale. Le bord supérieur du coussin se place **2 cm au dessus du pli fessier**.



- 3** Maintenez le change à l'arrière et appliquez la face avant. **Activez les adhésifs** en les étirant légèrement.

Collez les adhésifs du bas puis ceux du haut, suivant le **sens des flèches** sur le schéma. Vérifier la bonne pose du change et réajuster le cas échéant, à l'aide des doubles adhésifs.



- 5** Ajustez le change. Les fronces doivent être positionnées dans le **pli de l'aîne**, sans être tendues.

Figure 35 : pose d'un change complet en position debout (34)

Pose en position couchée :



1 Tournez le patient sur le côté et placez le change de l'avant vers l'arrière.

A l'arrière, appliquez le change bien à plat, **l'indicateur d'humidité** au milieu du change dans le prolongement de la colonne vertébrale. Le bord supérieur du coussin se place **2 cm au dessus du pli fessier**.



3 Pivotez le patient sur le dos et appliquez la face avant sur le bassin. **Activez les adhésifs** en les étirant légèrement.

Collez les adhésifs du bas puis ceux du haut, suivant **le sens des flèches** sur le schéma. Vérifier la bonne pose du change et réajuster le cas échéant, à l'aide des doubles adhésifs.



5 Ajustez le change. Les fronces doivent être positionnées dans **le pli de l'aîne**, sans être tendues.

Figure 36 : pose d'un change complet en position couchée (34)

Dépose : Ouvrez le change et pliez-le dans le sens de la longueur pour lui donner sa forme « godet ». Les barrières anti-fuites doivent être relevées. Le retrait et la pose du change se font toujours de l'avant vers l'arrière.

c) Durée du port

La durée de port dirige le choix du degré d'absorption. Plus la protection restera en place, plus le degré d'absorption devra être élevé.

Différents changes de jour et de nuit sont disponibles. Les changes de nuit ont une absorption plus importante que les changes de jour, ce qui permet de les remplacer moins fréquemment. Par conséquent, grâce aux changes de nuit, le patient ne sera pas dans l'obligation de se lever la nuit pour changer sa protection. Un indicateur d'humidité indique le degré de saturation du change et par conséquent, le moment de son remplacement.

3. Indications

Le change complet est indiqué dans l'incontinence urinaire modérée à sévère chez les personnes alitées ou grabataires. Il peut convenir aux patients ambulatoires mais le sous-vêtement absorbant sera plus conseillé chez eux pour sa facilité de pose. Il convient également pour l'incontinence fécale.

4. Principales marques

- MoliCare®: Hartmann : 3 niveaux d'absorption, 4 tailles
- Abri-Form Premium : Abena Frantex : 4 niveaux d'absorption, 5 tailles
- Id Slip : id ontex : 3 niveaux d'absorption, 5 tailles
- Téna®Slip : Téna : 3 niveaux d'absorption, 4 tailles

VII. La protection avec ceinture de fixation

1. Présentation du change

Protection de dernière génération, elle garantit une autonomie aux patients en leur permettant de gérer leur propre toilette au quotidien, sans aide du personnel soignant. Le patient devient indépendant.

Cette protection, composée d'un change complet associé à une ceinture de fixation, se met en place plus facilement et rapidement qu'un change complet (figure 37).



Figure 37 : protection avec ceinture de fixation (32)

La ceinture de fixation facilite la pose, elle est placée au niveau de la taille du patient. Ses attaches extensibles assurent un ajustement parfait, ce qui convient à tout type de morphologie. Le tout offre un confort et une sécurité au patient. Son maintien devient supérieur à celui d'une couche anatomique.

La ceinture de fixation micro-aérée laisse respirer la peau, ce qui réduit le risque d'irritations cutanées et apporte une sensation de confort. La partie comprenant le coussin absorbant passe entre les deux jambes et s'attache sur le devant de la ceinture de fixation par deux attaches

extensibles repositionnables. Elle comporte un système de protection anti-fuites grâce aux barrières incurvées présentes de chaque côté du coussin absorbant pour une sécurité maximale. La forme de la protection libère les hanches et les cuisses, limitant les frottements et la transpiration.

La capacité d'absorption de cette protection varie de 1000ml à 3500ml.

2. Utilisation du change

a) Prise de mesure

La prise de mesure se fait au niveau des hanches. Deux tailles et trois niveaux d'absorption sont proposés par les différents laboratoires.

b) Pose – dépose du change (figure 38)



Figure 38 : pose d'une protection avec ceinture de fixation en position debout et couchée (32)

c) Durée du port

Selon son degré d'absorption et les pertes urinaires du patient, cette protection peut rester en place de 4h à 12h. Un indicateur d'humidité définit le degré de saturation.

3. Indications

Cette protection avec ceinture de fixation est indiquée pour une incontinence moyenne à sévère. Elle est utilisée chez les personnes mobiles et autonomes mais également en chaises roulantes ou participant à un programme de rééducation.

4. Principales marques

- MoliFlex® : Hartmann : 3 niveaux d'absorption, 2 tailles
- Abri-Wing : Abena Frantex : 3 niveaux d'absorption, 2 tailles
- Id®Slipase : id ontex : 3 niveaux d'absorption, 2 tailles
- Tena Flex® : Tena : 3 niveaux d'absorption, 4 tailles.

VIII. Alèse

1. Présentation du change

L'alèse est une protection lavable ou jetable, de forme carrée ou rectangulaire, que l'on dispose sur les matelas des lits et les fauteuils, afin d'éviter de tacher les literies dans les incontinences urinaires et fécales (figure 39).



Figure 39 : alèse (32)

L'alèse est composée de trois couches : un voile non-tissé, un coussin absorbant en cellulose, et une couche supérieure intraversable, antidérapante en polyéthylène. La cellulose absorbante est recouverte d'un voile permettant la diffusion de l'urine dans tout le coussin. Le voile non-tissé recouvre la totalité de la surface de l'alèse, y compris les angles. Il est doux au toucher, assure une grande résistance et un confort optimal.

Les différentes dimensions et absorptions permettent de répondre à tous les utilisations. Chaque laboratoire produit un format bordable pour lit, garantissant un meilleur maintien en place.

Les alèses peuvent absorber de 300ml à 1900ml selon le niveau d'absorption.

2. Utilisation du change

a) Prise de mesure

Le format de l'alèse à utiliser doit être le plus proche de la surface à recouvrir.

b) Pose – dépose du change

L'alèse est dépliée soigneusement et positionnée sur la literie ou les fauteuils. Aucune autre literie ne doit être placée dessus. L'alèse reste en contact avec le patient. La couche antidérapante se met en face à face avec le matelas. Il ne faut pas tirer sur l'alèse pour la détendre, les fibres de cellulose seraient alors endommagées et n'assureraient plus leur absorption et perméabilité.

c) Durée du port

Toutes les alèses sont à usage unique, excepté MoliNea® textile du fabricant Hartmann. Cette alèse comporte un mélange de polyester, viscose et polyuréthane. Ceci donne une plus grande résistance, attestant 300 lavages.

3. Indications

Les alèses sont destinées à la protection de la literie et des fauteuils. Elles peuvent compléter les protections urinaires, assurant ainsi une double protection la nuit ou lors de position assise prolongée. Elles peuvent également être mises sur la literie lors du remplacement d'une autre protection.

4. Principales marques

- MoliNea® : Hartmann : 4 niveaux d'absorption, 3 formats
- MoliNea® textile : Hartmann : 1 niveau d'absorption, 1 format
- Abri-Soft : Abena Frantex : 4 niveaux absorption, 4 formats
- Id®Protea : id ontex : 3 niveaux d'absorption, 4 formats
- Téna Bed® : Téna : 2 niveaux d'absorption, 3 formats.

IX. Conseils communs à toutes les protections urinaires

Les protections urinaires neuves doivent être conservées dans un endroit sec et à l'abri de la chaleur. Elles sont à usage unique. Une fois utilisée, elles sont jetées dans une poubelle classique.

1. Choix de la protection

Le choix de la protection urinaire doit prendre en compte le rythme des mictions. Si la protection urinaire est changée trop fréquemment (moins de 4h entre chaque changement), il faut prendre le niveau d'absorption supérieur à celui utilisé.

Pour la nuit, il faut privilégier les protections spéciales nuit aux autres. En effet, ces protections possèdent un niveau d'absorption supérieur aux autres, ceci évite au maximum le

risque de fuite. De même, s'il n'existe pas de protection nuit pour le change voulu, il faut prendre une protection avec un niveau d'absorption élevé.

Si le témoin de saturation n'est pas totalement saturé au moment du remplacement de la protection, il faut choisir un change moins absorbant.

2. Pose – dépose d'une protection

a) Avant la pose

Chaque change doit être précédé de toilette génitale en insistant sur l'entrejambe. La toilette se fait avec une lotion nettoyante ou un gel liquide, sans savon, au pH physiologique (pH 5,5) indiqués pour la toilette intime. Il faut bien sécher les parties génitales pour éviter une irritation ou une mycose.

b) Après la pose

Il faut s'assurer que les bords des protections soient correctement mis en place pour éviter toutes brûlures ou irritations et assurer l'étanchéité du produit.

c) A ne pas faire

Superposer deux protections

- Les protections se portent une par une. On ne met pas deux protections en même temps. L'usage d'une seule protection réduit le risque de fuite en assurant son étanchéité correctement.
- Seules les alèses s'ajoutent aux changes, elles sont à placer directement sur la literie et non au contact de la partie absorbante du change.

Tirer et détendre les protections avant de les mettre en place.

- L'étirement déchire les fibres présentes à l'intérieur du produit qui permettent l'absorption, l'emmagasinement des liquides et l'étanchéité du change.

X. Caractéristiques et différences des marques

Pour ces marques, un système de code couleur présent sur l'emballage permet de différencier le niveau d'absorption des protections.

La forme est anatomique pour toutes les protections, à l'exception des protections droites.

Le témoin de saturation est utilisé par toutes les marques.

Toutes les matières premières employées par les différents laboratoires sont hypoallergéniques.

1. Hartmann

Les protections Hartmann possèdent un triple coussin : un coussin supérieur diffuseur en fibres de cellulose, un coussin superabsorbant, et un coussin inférieur. Le coussin diffuseur permet l'élimination bactérienne grâce à son pH 5,5 n'assurant pas la survie des bactéries.

Les molécules du coussin superabsorbant neutralisent l'odeur de l'ammoniac par la capture rapide de l'urine. Le système Air active assure la circulation de l'air et de l'humidité (34).

2. Téma

Le système « odour control » du laboratoire limite le développement des odeurs en neutralisant les bactéries et l'ammoniac qui en sont à l'origine.

L'entrejambe est fait d'élastiques courbes pour un ajustement parfait au corps. Le voile extérieur est doux et respirant grâce à leur système breathable™ (33).

3. Abena Frantex

Les protections contiennent un double tampon, chacun muni de 3 couches. Le tout augmente la vitesse d'absorption des liquides et leur bonne répartition. Des canaux de distribution améliorent cette étape. Des barrières en non-tissés sur tous les contours assurent une protection anti-fuite optimum.

La couche supérieure, également en non-tissé, garde la peau au sec grâce à la distance qu'elle crée entre la peau et la partie absorbante. Un revêtement total maintient la partie absorbante sur le voile extérieur diminuant le risque de décomposition de la protection. Des élastiques incurvés suivent le contour de l'entre-jambes, assurant un bon maintien de la protection. Le voile Air Plus laisse respirer la peau et le toucher textile diminue les bruits de frottement.

La présence d'extraits naturels de thé vert dans le superabsorbant réduit les odeurs désagréables (35).

4. Id ontex

Les protections du laboratoire Id ontex possèdent un noyau absorbant multicouche, mélangé de pulpe et de poudre superabsorbante.

Leur système anti-odeur prévient la formation d'odeurs désagréables tout en maintenant le pH de la peau. De plus, leur système « Air fresch » permet à la peau de respirer.

Les barrières anti-fuites intégrales de cette marque sont élastiques en lycra sans latex. Le voile externe est doux au toucher textile, souple et imperméable (32).

XI. Tableau conseil (tableau 2)

	AUTONOMIE MICTIONNELLE			FUITES URINAIRES LEGERES	FUITES URINAIRES MODEREES	FUITES URINAIRES FORTES
	Ambulatoire Indépendant	Besoin d'aide	Alité Dépendant	Quelques gouttes surviennent généralement au moment de l'effort	Gouttes ou jets < 200ml en 1 fois	La vessie se vide brutalement d'un volume supérieur à 200ml
Protège-slip	X			X		
Protection anatomique	X				X	X
Protection droite	X		X	X		
Sous-vêtement absorbant	X	X			X	X
Change complet		X	X		X	X
Protection avec ceinture de fixation	X	X			X	X

Tableau 2 : change conseillé selon le type de fuites

4^{ème} partie

Cas cliniques

I. Cas clinique n°1

FEMME ENCEINTE

Mme G, 31 ans, enceinte de 7 mois, vient à l'officine avec une ordonnance de supplémentation en fer et en acide folique.

Des apports suffisants en fer et en acide folique sont indispensables durant la grossesse. Par conséquent ils peuvent être prescrits pour prévenir toute carence.

Le besoin en acide folique est augmenté tout au long de la grossesse pour assurer le développement et la multiplication des cellules de façon accélérée afin de permettre l'expansion des tissus maternels (utérus, placenta, sang), puis lors de la croissance du fœtus. L'acide folique contribue également à réduire les risques d'anomalie de fermeture du tube neural chez le fœtus.

Le fer est nécessaire en fin de grossesse pour éviter toute anémie qui pourrait entraîner des risques de prématurité et de moindre poids du bébé (36).

Après plusieurs questions, la future maman nous confie qu'elle perd quelques gouttes d'urines de temps en temps sans arriver à contrôler ses fuites.

DIAGNOSTIC

Chez une femme enceinte, on peut trouver deux types d'incontinence urinaire :

- l'incontinence d'effort lorsque les pertes urinaires font suite à une toux, un fou-rire ou un port de charge lourde,
- l'incontinence par hyperactivité vésicale due à la diminution de la tonicité du périnée qui provoque une limitation de la capacité à retenir les urines.

ÉTIOLOGIE

La grossesse est une période sensible, la pression exercée par le fœtus sur la vessie et les muscles pelviens favorise l'apparition de fuites urinaires.

Près d'une femme sur trois est concernée par les pertes urinaires durant la grossesse.

TRAITEMENTS

La prise en charge des fuites urinaires chez la femme enceinte comprend la protection de la personne au moment des pertes d'urine, mais consiste également à limiter ces fuites.

La femme peut porter en toute discrétion des protège-slips qui assureront l'absorption de ces urines non contrôlées et ainsi de préserver la sérénité de la maman durant sa grossesse.

Une alimentation équilibrée est nécessaire pour limiter une prise de poids trop importante. La prise de poids tout au long de la grossesse dépend de l'indice de masse corporelle (IMC) de la femme avant le début de la grossesse. En effet, plus l'IMC sera important, plus la prise de kilogrammes devra être faible. Une prise de poids exagérée peut entraîner un diabète gestationnel. Cette maladie augmente le volume d'urine ce qui, ajouté à la pression du fœtus sur la vessie, accentue le risque de pertes urinaires.

Les muscles du plancher pelvien doivent garder leur tonus pendant et après la grossesse. Des exercices de contraction du périnée, réalisés quotidiennement chez soi, renforcent le tissu musculaire et luttent contre sa distension possible.

Il est essentiel que la femme enceinte se rende régulièrement aux toilettes pour prévenir toute fuite urinaire.

Avant l'accouchement, il est important que la future maman vide complètement sa vessie pour éviter tout risque supplémentaire d'incontinence urinaire.

II. Cas clinique n°2

SUITE D'ACCOUCHEMENT

Une femme d'une trentaine d'année se présente à l'officine. Elle se plaint de souffrir de temps en temps de pertes d'urines depuis son accouchement qui a eu lieu il y a maintenant quatre semaines.

Elle ne peut retenir ses sphincters lors d'un effort physique comme une toux ou un rire. Ses pertes se font sous forme de jets d'urine.

DIAGNOSTIC

Des fuites urinaires en jets au moindre effort sont synonymes d'une incontinence urinaire d'effort.

ÉTIOLOGIE

Cette incontinence est très fréquente après un traumatisme obstétrical. En effet, les muscles du plancher pelvien perdent leur tonicité et ne sont donc plus en mesure de remplir leur fonction dans la rétention des urines.

D'autres facteurs de risque peuvent s'ajouter à la suite d'un accouchement comme un surpoids, une constipation ou le manque d'œstrogènes. Ces derniers ne font qu'intensifier le volume et la fréquence des pertes urinaires.

TRAITEMENTS

En première intention, à la suite d'un accouchement, une rééducation périnéale est conseillée. Elle permet le renforcement du tonus musculaire périnéal qui a été très endommagé tout au long de la grossesse. De plus, les réflexes sphinctériens sont diminués, la rééducation assurera leur ré-acquisition pour un meilleur contrôle de la continence urinaire.

Il faut néanmoins attendre huit semaines après l'accouchement avant de commencer toute musculation périnéale.

Il faut compter entre dix et vingt séances pour une parfaite rééducation. Les mouvements doivent être pratiqués deux trois fois par semaine pour un résultat efficace et de longue durée.

La rééducation est débutée chez un kinésithérapeute. Il convient au kinésithérapeute de choisir la méthode de rééducation qu'il pratiquera à son cabinet : électrostimulation périnéale, biofeedback musculaire, etc.

Des exercices de contraction du périnée, à reproduire chez soi, seront initiés en cabinet pour s'assurer que les mouvements soient correctement exécutés. Puis, la rééducation se poursuivra par la patiente chez elle, qui reproduira ces mouvements.

Des protections urinaires peuvent être portées par la patiente avant la rééducation et en parallèle des séances, le temps nécessaire aux muscles de récupérer toute leur tonicité.

La protection choisie dépend de la quantité des pertes urinaires.

Le protège-slip est plus discret et fin, mais il ne convient que lorsque les pertes se résument à quelques gouttes à l'effort.

Si les pertes sont plus importantes, la protection anatomique est recommandée. Sa capacité d'absorption est importante.

III. Cas clinique n°3

MALADIE DE PARKINSON

Un homme vient à la pharmacie pour le renouvellement de l'ordonnance de son père, comprenant du Modopar® et du Trivastal®.

Le Modopar® est de la lévodopa associée à un inhibiteur de la dopadécarboxylase. Le Trivastal® (piribédil) est un agoniste dopaminergique. Ces deux médicaments sont des antiparkinsoniens dopaminergiques. Tous les traitements de la maladie de Parkinson sont

symptomatiques et substitutifs de la dopamine. Ils ne permettent pas de guérir de la maladie mais de retarder son évolution et son développement.

Après interrogatoire, le fils avoue que son père souffre de pertes urinaires en jet. Le fils trouve son père semi-mobile, presque dépendant.

DIAGNOSTIC

Les pertes urinaires sont survenues à la suite de la déclaration de la maladie de Parkinson. Il s'agit donc d'une incontinence urinaire d'origine neurologique.

ÉTIOLOGIE

La maladie de Parkinson est une maladie du système nerveux. Elle peut entraîner une perte progressive du contrôle des sphincters et des muscles de la vessie qui risquent alors de se relâcher de façon intempestive.

Les troubles urinaires concernent deux patients sur trois atteints de cette maladie.

TRAITEMENTS

Chez cette personne, diverses protections urinaires peuvent être proposées selon sa réelle autonomie.

- Si la personne est assez autonome pour pouvoir mettre en place ces protections elle-même, elle peut utiliser une protection anatomique (voir partie, paragraphe, page) qui sera maintenue grâce à un sous-vêtement de maintien. Il lui suffit de positionner correctement la protection avant de remonter le sous-vêtement.
- Le sous-vêtement absorbant, s'enfilant comme un slip mais ayant des propriétés absorbantes, peut être le plus facile pour cette personne si sa mobilité le lui permet. Cette absorption lui donne la possibilité d'aller aux toilettes et de se déshabiller en toute simplicité.
- La protection avec ceinture de fixation permet également au patient de se rendre aux toilettes et ainsi de garder une certaine autonomie. Pour ce change, il faut de la précision pour repositionner correctement les attaches de la protection. Ainsi, il convient de s'assurer que les tremblements du patient ne l'handicapent pas pour se rhabiller.

Si le patient n'est pas apte à changer sa protection seul, le change complet palliera à ces pertes urinaires. Il lui faudra néanmoins une aide supplémentaire pour positionner et retirer ce change.

Une fois la protection choisie, la durée de port du change indiquera le niveau d'absorption de la protection à utiliser.

IV. Cas clinique n°4

SCLEROSE EN PLAQUE

Accompagnée de son fils, une femme se présente en fauteuil roulant avec une ordonnance pour le traitement de sa sclérose en plaque.

La sclérose en plaque est une maladie auto-immune. En France, 80 000 personnes sont concernées par cette maladie à raison de trois femmes pour un homme.

La sclérose en plaque se traduit par une destruction progressive de la gaine de myéline, enveloppe protectrice des nerfs du cerveau et de la moelle épinière. Par conséquent, l'influx nerveux ne peut plus se faire correctement. Ceci provoque différents symptômes tels que des troubles sensitifs, des troubles de la motricité, une fatigue, des troubles urinaires et sexuels, une dépression, ... (37)

Il n'existe que des soins pour lutter contre ces symptômes mais aucun traitement ne permet de stopper la maladie.

Au cours d'une discussion sur sa pathologie, nous apprenons que la vessie de la dame ne retient plus les urines. Elle se vide systématiquement.

DIAGNOSTIC

La sclérose en plaque entraîne souvent, à plus ou moins long terme, des troubles vésico-sphinctériens à l'origine d'une perte involontaire d'urine. La perte du contrôle cérébral sur la vessie la fait agir en mode réflexe. Ainsi, la vessie se vide sans retenue. Il s'agit d'une incontinence urinaire d'origine neurologique.

ÉTIOLOGIE

Près de 80% des personnes atteintes de sclérose en plaque sont concernées par des troubles urinaires. Le fort handicap de la personne, visible par son fauteuil roulant, signifie que la maladie est à un stade avancé. La personne n'a donc plus aucun contrôle sur ses sphincters vésicaux, ce qui explique son incontinence urinaire totale.

TRAITEMENTS

La sclérose en plaque avancée est synonyme d'un grand handicap, la personne ne peut plus réaliser tous les mouvements. Sa toilette et le remplacement de son change deviennent impossibles ; cette femme devient dépendante d'autrui.

La protection devant être posée et remplacée par d'autres mains, la protection la plus appropriée sera le change complet (voir partie III, titre VI). Ce change sera renouvelé dès que l'indicateur d'humidité sera saturé. Le niveau d'absorption de la protection sera choisi selon le degré d'incontinence. En effet, si les pertes englobent les selles, le niveau d'absorption devra être le plus élevé.

Des alèses (voir partie III, titre VIII) peuvent également être placées sur le fauteuil roulant pour le protéger au cas où d'éventuelles fuites surviendraient.

V. Cas clinique n°5

MENOPAUSE

Mme X, 58 ans, nous présente une ordonnance pour le renouvellement de son traitement contre l'ostéoporose. Discrètement, cette dame prend un dépliant déposé sur le bord du comptoir sur les fuites urinaires.

Le traitement de l'ostéoporose est également le traitement substitutif de la ménopause. Il consiste à compenser l'insuffisance des sécrétions ovariennes d'œstrogènes et de progestérone apparaissant avec la ménopause. Ce traitement n'est prescrit que chez les femmes souffrant de symptômes, comme les sueurs, l'asthénie, la dépression, mais également en prévention contre l'ostéoporose.

Après plusieurs questions, cette dame nous confie qu'elle perd quelques gouttes d'urine de temps en temps.

DIAGNOSTIC

Les modifications hormonales de la ménopause entraînent fréquemment des faiblesses urinaires. Les quelques pertes urinaires, à des moments précis, font penser à une incontinence urinaire par hyperactivité vésicale. Les stimuli extérieurs favorisent le débordement de la vessie par des contractions du détrusor.

ÉTIOLOGIE

A la ménopause, la concentration en œstrogènes chute, ce qui a un retentissement sur les aspects physique et fonctionnel du périnée. En effet, la surface de sa muqueuse se lissant, le périnée n'assure plus une étanchéité suffisante pour éviter toutes pertes urinaires. La dégradation du périnée suffit à elle seule à provoquer des désordres mictionnels.

TRAITEMENTS

La ménopause se produisant vers cinquante ans, les fuites urinaires peuvent bouleverser la vie de la femme. Par conséquent, il est nécessaire de lui conseiller les protections urinaires les plus discrètes possibles pour éviter le maximum de désagrément dans sa vie active.

Les protections anatomiques pour fuites légères (voir partie III, titre I) conviennent chez la femme ménopausée ; elles peuvent être portées de jour comme de nuit, et présentent l'avantage d'être fines et pliables, ce qui permet de les glisser dans tous les sacs. De plus, elles se portent avec des sous-vêtements normaux, aucune habitude ne doit être modifiée.

En prévention, on peut conseiller à la femme d'aller régulièrement aux toilettes, avant chaque sortie et toutes les deux heures. Dans tous les cas, elle ne doit pas attendre le dernier moment pour se rendre aux toilettes.

VI. Cas clinique n°6

TROUBLES DE LA PROSTATE

Mr A, 62 ans, vient à l'officine avec une ordonnance comportant un inhibiteur de la 5-alpha-réductase (finastéride, 1 comprimé 5mg/jour).

Le finastéride, anti-androgène, est prescrit pour soulager les troubles urinaires, comme un besoin fréquent d'uriner, des difficultés à uriner ou des fuites urinaires. Ces troubles sont dus à l'augmentation du volume de la prostate.

Après plusieurs questions, le patient confie qu'il souffre d'une hypertrophie bénigne de la prostate. Ceci conduit à des fuites urinaires en goutte à goutte en continu.

DIAGNOSTIC

Les fuites urinaires continuelles en goutte à goutte signifient que la vessie ne se remplit pas. La personne n'a aucun contrôle sur sa vessie. Elle fait face à une incontinence urinaire totale.

ÉTIOLOGIE

Les troubles sont consécutifs au développement anatomique de la prostate à cet âge, qui augmente de volume et appuie sur la vessie. Cette pression est ainsi responsable de la vidange continue de la vessie.

TRAITEMENTS

Le traitement médicamenteux du patient ne suffisant pas à pallier ses problèmes urinaires, nous pouvons lui proposer des protections urinaires.

La personne étant mobile, les petites protections anatomiques pour homme (voir partie III, titre I) permettront d'absorber ces fuites urinaires tout en étant discrètes. La coquille pénienne (voir partie III, titre I) peut également convenir mais sa capacité d'absorption étant inférieure aux autres protections, elle devra être changée plus fréquemment. Quelque soit la protection, la forme est adaptée pour assurer un maintien correct. Il convient toutefois de porter des sous-vêtements moulants.

Un traitement médicamenteux supplémentaire peut également être mis en place pour pallier aux gênes urinaires. Le patient devra alors consulter son médecin ou urologue.

VII. Cas clinique n°7

MOBILITE REDUITE

Mme Y, 82 ans, est confrontée à des difficultés à la marche. Elle se déplace de plus en plus lentement et présente beaucoup plus de difficultés pour exécuter ses tâches ménagères depuis quelques années. Sa toilette quotidienne se fait très superficiellement par manque d'autonomie. Des pertes d'urines apparaissent depuis quelques temps à cause d'une impossibilité de se rendre à temps aux toilettes.

DIAGNOSTIC

Lorsque cette patiente ressent le besoin d'uriner, c'est-à-dire que sa vessie est pleine, le temps pour se rendre aux toilettes est trop important, ce qui conduit à des pertes urinaires malgré un équilibre vésico-sphinctérien normal. Il s'agit d'une incontinence urinaire fonctionnelle.

ÉTIOLOGIES

Cette incontinence s'explique par l'âge avancé de la personne, des contractions involontaires de la vessie apparaissent. Or, la réduction de la mobilité de cette dame ne lui donne pas la possibilité de se rendre à temps aux toilettes pour satisfaire à ces besoins soudains.

Mme Y, porte des protections suffisantes pour la journée mais insuffisantes pour la nuit. Cette dame souhaite rester autonome et continuer de vivre chez elle.

TRAITEMENTS

Cette personne étant mobile et souhaitant rester autonome, il lui faut ainsi des protections qu'elle puisse changer seule. Le sous-vêtement absorbant (voir partie III, titre V) est l'idéal pour cette dame par sa facilité de mise en place et de retrait.

Le niveau d'absorption doit être adapté à la quantité d'urine produite. La protection choisie pour la nuit étant insuffisante, il faut des sous-vêtements absorbants de niveau d'absorption supérieur à ceux portés actuellement. La protection de nuit peut être complétée par une alèse (voir partie III, titre VIII) pour protéger la literie le temps d'obtenir la bonne protection urinaire de nuit.

Pour limiter les envies urgentes d'uriner, on peut conseiller à la personne de vider systématiquement sa vessie toutes les trois heures, sans attendre d'en ressentir le besoin.

La prise liquidienne en fin de journée, principalement à base de caféine, doit être limitée pour éviter des pertes urinaires plus importantes la nuit.

La personne souffrant de difficultés à la marche, des aides techniques comme des cannes ou un déambulateur, peuvent lui être proposées. Il faut également s'assurer que sa maison soit adaptée à sa baisse d'autonomie : pas d'objets ou meubles gênant les passages, éclairage suffisant, sol adéquat, ... Tous ces aménagements sécurisent sa maison pour un déplacement plus aisé.

VIII. Cas clinique n°8

ENFANT ET ENURESIE

Sans antécédent familial, un petit garçon posé, de 5 ans, est victime de pertes urinaires la nuit. Ces fuites ne le réveillent pas toujours. Le garçon ne s'en rend pas compte sur le moment et est gêné au levé.

DIAGNOSTIC

Chez l'enfant de 0 à 18 mois, la vessie se remplit à basse pression puis, le réflexe mictionnel la vide à peine pleine par une contraction vésicale. L'enfant acquiert le contrôle mictionnel entre 1 et 2 ans. A cet âge, il se rend compte du besoin d'uriner et va contracter le périnée en réponse à la contraction vésicale automatique. Cet apprentissage double la capacité vésicale entre 2 et 4 ans. L'enfant devient alors complètement propre, de jour, comme de nuit.

Ce petit garçon étant en âge d'être propre, ses pertes urinaires sont synonymes d'énurésie, c'est-à-dire que ces mictions sont complètes, inconscientes et involontaires (14).

ETIOLOGIE

8 à 12% des enfants présentent une énurésie nocturne à 5 ans. Cette maladie touche plus de garçons que de filles. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces pertes urinaires :

- Le facteur familial : dans ce cas, il n'y a pas d'antécédent d'énurésie dans la famille, donc ce facteur n'est pas en cause ici.
- Le facteur psychologique : cet enfant est un garçon calme, sans malice, ce facteur n'est donc pas placé en priorité.
- Le facteur sommeil : cet enfant dormirait plus profondément qu'un enfant « normal ».
- Le facteur hormonal : il y a l'existence d'un défaut de sécrétion nocturne de l'hormone antidiurétique qui rend le jeune homme capable à retenir ses urines, présentes en quantité importante dans la vessie (14).

TRAITEMENTS

10% de ces enfants guérissent spontanément entre 5 et 18 ans chaque année.

Il est important de responsabiliser l'enfant lors des pertes urinaires sans le culpabiliser. Ceci se fait par le changement de son pyjama lui-même, par l'aide à faire son lit et surtout en ne lui faisant pas porter de couches.

Si la profondeur du sommeil rentre en compte dans les fuites urinaires, un système d'alarme existe pour réveiller l'enfant immédiatement au début de la miction nocturne.

Si le facteur hormonal est responsable des pertes urinaires, des mesures éducatives et hygiéniques doivent être mises en place. Elles commencent par une restriction hydrique, l'enfant doit boire 1,5 litre de liquide par jour avant 18 heures. Si cette privation ne suffit pas, un traitement médicamenteux est alors débuté.

Quelques conseils peuvent être donnés aux parents et à l'enfant pour favoriser la résolution de ces pertes urinaires involontaires :

- Ne pas attendre le dernier moment pour se rendre aux toilettes,
- Vider la vessie au dernier moment juste avant le coucher,
- Uriner en position assise et confortable pour vider complètement la vessie,
- Bien écarter les genoux chez la petite fille pour éviter le risque de vulvite ou de vaginite par le passage intra-vaginal,
- Prendre son temps pour uriner et ne pas forcer pour uriner plus rapidement,
- Privilégier les vêtements amples, simples, faciles à enlever et non moulants pour ne pas appuyer sur la vessie,
- Prévoir un éventuel lever nocturne,
- Eviter toute constipation qui pourrait appuyer sur la vessie.

IX. Cas clinique n°9

MALADIE D'ALZHEIMER

Une dame se rend à l'officine avec une ordonnance pour sa mère. La prescription comprend du Réminyl® et de l'Ebixa®. La dame confie que sa mère perd ses repères et éprouve des difficultés à se rendre aux toilettes toute seule.

Réminyl®, un anticholinestérasique, et Ebixa®, un antagoniste de la NMDA, sont deux médicaments prescrits dans la maladie d'Alzheimer. Cette maladie dégénérative touche jusqu'à 15% de la population après 80 ans. Elle se traduit par une destruction des cellules nerveuses dans la région du cerveau responsable du langage et de la mémoire. Les troubles mnésiques ne sont pas les seuls symptômes de cette pathologie, on constate également une aphasie ou difficulté de langage, une perte du sens de l'orientation, une apraxie ou trouble des gestes, des changements d'humeur et d'autres (38).

DIAGNOSTIC

Les difficultés à se rendre aux toilettes peuvent s'expliquer par l'amnésie, par l'apraxie ou par un besoin urgent d'uriner qui ne laisse pas le temps de se rendre aux toilettes. Cette envie soudaine s'explique par une hyperactivité vésicale mettant en cause des maladies neurologiques comme la maladie d'Alzheimer.

ETIOLOGIES

Les fonctions urinaires chez un patient atteint de la maladie d'Alzheimer peuvent être normales. Ces pertes urinaires sont secondaires à la maladie, elles découlent des difficultés qu'il présente à se souvenir, à se déplacer et à exécuter certains mouvements. En effet, le patient n'arrive plus à atteindre les toilettes comme autrefois.

Les fonctions urinaires peuvent être atteintes par la destruction des cellules nerveuses qui modifient la liaison cerveau / vessie et, ainsi, rendant le patient incapable de contrôler sa vessie.

TRAITEMENTS

Le sous-vêtement absorbant est la protection qui convient le mieux à cette personne. Grâce à ce change, elle peut le mettre et le défaire tout seul, comme un slip mais plus élastique par sa composition. Ceci lui permet d'aller aux toilettes quand elle a le temps de s'y

rendre et lorsque ce n'est pas le cas, elle est protégée de l'humidité. Il faut néanmoins quelqu'un qui lui fasse penser de le mettre en place.

D'autres conseils pratiques peuvent être abordés :

- Si la personne n'a pas le temps de se rendre aux toilettes, lui installer une chaise garde-robe à proximité de son lit ou de son fauteuil,
- Si la personne présente des difficultés à s'asseoir ou à se relever par son apraxie, lui poser un rehausseur de toilette,
- Si la personne ne se souvient plus du trajet pour aller aux toilettes, identifier le chemin par un marquage aux murs ou au sol,
- Placer sur la porte des toilettes une affiche indiquant les toilettes en mot et en image,
- Mettre en place des détecteurs de présence pour que l'éclairage soit satisfaisant lorsque la personne se déplace, ceci dans le but de lui éviter des chutes,
- Conduire la personne régulièrement aux toilettes,
- Privilégier les vêtements simples et faciles à défaire.

X. Cas clinique n°10

INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

Mme M, 57 ans, urine dès qu'elle marche vite ou qu'elle tousse. Elle porte déjà au moins deux protections par jour. Elle a eu trois enfants par voie basse.

DIAGNOSTIC

On note que cette dame présente des fuites urinaires uniquement lors d'un effort : toux, marche. Mme M souffre donc d'incontinence urinaire d'effort. Cette forme d'incontinence est la plus fréquente chez les femmes. Il est important de la rassurer.

ETIOLOGIES

Les trois accouchements par voie basse ont affaibli les muscles du périnée de cette dame. Son âge présume qu'elle est entrée ou qu'elle est proche de la ménopause. Celle-ci conduit à un dérèglement hormonal qui diminue la tonicité musculaire des tissus utérins.

On envoie la patiente chez le médecin pour qu'il lui fasse une prescription médicale pour des séances de rééducation. Les traitements médicamenteux de cette dame devront être analysés pour s'assurer de l'absence de médicaments pouvant aggraver ces pertes urinaires.

TRAITEMENTS

En première intention, ce type d'incontinence peut se traiter par des séances de rééducation du périnée. Grâce à une prescription médicale, ces séances seront remboursées.

Le kinésithérapeute décidera du nombre de séances et de la méthode à utiliser : rééducation manuelle ou électrostimulation périnéale. Pour la deuxième méthode, le kinésithérapeute devra alors prescrire à la patiente une sonde vaginale, qui provoquera des contractions passives du périnée. A ces séances, des exercices personnels de rééducation périnéale peuvent être pratiqués par la patiente. Pour s'assurer que les mouvements sont bien réalisés, il est important de les pratiquer en présence d'un kinésithérapeute la première fois.

En complément, cette dame pourra continuer à porter des protections urinaires tant qu'aucune amélioration ne sera visible. Seules des protections de jour seront efficaces car aucune perte n'a lieu en position couchée et en dehors d'un effort dans l'incontinence urinaire d'effort.

La protection la mieux adaptée pour cette dame est la protection anatomique pour fuites urinaires légères. Ce protège-slip est discret, ce qui lui permettra de se sentir à l'aise et de continuer à poursuivre ses activités sans gêne.

La protection droite pourrait également être conseillée mais sa forme non anatomique peut apparaître comme une contrainte pour la personne.

Selon la durée de port, on évaluera le niveau d'absorption optimal de la protection pour la personne.

Si la rééducation ne supprime pas ces symptômes, il faudra envisager un bilan uro-dynamique pour procéder à une intervention chirurgicale ou à un traitement médicamenteux.

XI. Cas clinique n°11

Mme B, 65 ans, est obligée d'aller uriner 10 à 15 fois par jour. Ces envies sont la plupart du temps brutales et nécessitent la présence de toilettes à proximité, sinon Mme B a des fuites. Cette dame fume un paquet de cigarettes par jour.

DIAGNOSTIC

Ces envies brutales qui ne donnent pas le temps d'arriver aux toilettes sont synonymes d'incontinence urinaire par impériosité.

ETIOLOGIES

Cette dame est âgée de 65 ans. A cet âge, des contractions involontaires de la vessie peuvent se produire et ainsi conduire à des envies soudaines d'uriner.

Le tabac est également un facteur de risque important dans les pertes urinaires. Il diminue la tonicité de la paroi utérine par son action anti-œstrogène. Il peut également provoquer une toux qui entraînerait des contractions de la paroi abdominale qui va appuyer sur la vessie. Une forte toux peut être suivie d'un besoin urgent d'uriner.

Ces fréquentes envies peuvent faire penser à une infection urinaire. Pour enlever tout soupçon, un ECBU (examen cyto-bactériologique urinaire) doit être réalisé.

Mme B ne ressent aucune brûlure à la miction et l'ECBU est normal.

TRAITEMENTS

On conseille à cette dame d'arrêter ou de diminuer sa consommation de tabac pour éviter l'aggravation de ces symptômes. Un traitement substitutif nicotinique peut lui être proposé pour faciliter l'arrêt.

Des tests neurologiques peuvent être pratiqués pour éliminer les suspicions de troubles neurologiques, souvent facteurs de risque dans ce type d'incontinence urinaire. De même, une fibroscopie vésicale permettrait d'écarter le risque d'obstruction urétrale par un calcul ou une tumeur.

Cette dame peut utiliser des protections urinaires pour pallier aux pertes non contrôlées. Des protège-slips ou des protections droites sont indiqués dans cette situation. Ils permettront d'absorber les fuites urinaires le temps que la personne se rende aux toilettes pour vider complètement sa vessie. Cette personne doit également porter des habits adéquats, c'est-à-dire faciles à enlever (éviter boutonnage et fermeture) pour limiter le temps de déshabillage avant la miction.

La nuit, un pot de chambre peut être placé à proximité du lit. Ceci évite tout déplacement qui pourrait s'avérer dangereux dans la précipitation et trop long. Des protections à niveau d'absorption supérieur à celle de jour peuvent également être portées pour rassurer la personne.

Si aucune étiologie n'est confirmée, un traitement médicamenteux peut être prescrit pour stopper ces soudaines envies et réguler les mictions urinaires.

XII. Questions / réponses

Les rapports sexuels sont-ils la cause de fuites urinaires ?

Les rapports sexuels sont indirectement liés aux pertes urinaires. Un rapport sexuel est une sorte d'effort physique. Ainsi, comme lors d'une toux ou du port de charges lourdes, des pertes urinaires peuvent faire suite à un acte sexuel. La pénétration, plus précisément la pression exercée sur les organes génitaux, ou un simple changement de position peuvent suffire à entraîner des fuites. Ceci s'explique par la fragilisation des muscles du plancher pelvien.

Quelle est la différence entre les couches adultes et les protections avec ceinture ? Laquelle est la plus pratique ?

Les couches adultes, également appelées changes complets, sont des protections que l'on attache sur les côtés par des adhésifs. Comme leur nom l'indique, les protections avec ceinture sont composées d'une ceinture sur laquelle on attache la partie avant de la protection. Les protections avec ceinture ont plusieurs avantages. Elles sont plus faciles à mettre en place par les soignants. Elles peuvent être retirées, puis replacées lors du passage aux toilettes. Le choix de la protection se fera en fonction de la dépendance du patient et de son confort dans les diverses protections.

Est-il bon de superposer les couches avec des serviettes ?

Il est déconseillé de superposer deux protections urinaires. L'ajout d'une serviette augmente le risque d'irritation de la peau qui peut, à long terme, entraîner des escarres. De plus, le volume de la deuxième protection écarte la première de la peau, ce qui la rend moins ajustée ; ceci favorise le risque de fuites.

Si la protection de la personne n'est pas suffisante du point de vue de l'absorption, il convient de prendre la protection ayant un indice d'absorption supérieur. Il est conseillé de délivrer des échantillons de différents niveaux d'absorption pour arriver à trouver l'idéal.

Quel remboursement pour les protections urinaires ?

A l'heure actuelle, les protections urinaires ne sont pas inscrites à la liste des produits et prestations remboursables (L.P.P) ; elles ne sont donc pas remboursées par la Sécurité

sociale, et ainsi l'assurance complémentaire ne les prend pas en charge directement (39). Le patient est dans l'obligation d'avancer les frais puis, a la possibilité de se faire rembourser une partie par différents organismes sur présentation d'une facture. Les organismes pouvant rembourser les protections urinaires sont les suivants (40) :

- Assurance maladie : grâce aux fonds d'action sanitaire et sociale, faisant partie des prestations extra-légales de l'Assurance maladie, les patients atteints de maladies chroniques ou faisant partie d'un programme de maintien à domicile, peuvent bénéficier d'aide financière à hauteur d'une partie ou de la totalité des frais des protections.
- Mutuelle complémentaire : selon la mutuelle et le contrat, les patients peuvent profiter d'un remboursement des produits d'incontinence.
- Conseil général du département :
 - o Prestation de compensation du handicap : pour les personnes de moins de 60 ans ou pour celles de moins de 75 ans touchées par leur handicap avant 60 ans, le Conseil général dispose de la prestation de compensation du handicap. Au titre des frais liés à des aides spécifiques, les protections urinaires peuvent ainsi être en parties remboursées.
 - o Allocation personnalisée d'autonomie : le Conseil général accorde aux plus de 60 ans cette allocation visant à financer des articles d'hygiène dont les protections urinaires.
- Caisse de retraite : en s'adressant à la CRAM (Caisse régionale d'assurance maladie), le patient peut bénéficier d'aides financières grâce aux plans d'action personnalisés.
- Centre communal d'action sociale (C.C.A.S.) : en dernier ressort, le patient peut demander aux C.C.A.S. une aide financière mais également une aide dans la recherche de fonds financiers.
- Associations et amicales : elles apportent des aides financières de secours et des aides dans la démarche des patients.

Certains laboratoires fabricants de protection urinaire mettent en place des cartes de fidélité. Ceci permet de se faire rembourser un paquet acheté tous les x paquets payés.

Existe-t-il des alèses réutilisables ?

Il existe des alèses qui peuvent être nettoyées et ainsi être réutilisées. On peut citer deux alèses chez deux prestataires de service :

- Alèse Dermalon Mediservice : cette alèse en plastique peut être lavée. Elle possède une base de remboursement.
- Alèse de lit réutilisable Orkyn : cette alèse de dimension 84 x 85 cm a une capacité d'absorption atteignant deux litres au mètre carré. Elle est lavable à 90° maximum et donc réutilisable. Contrairement à la précédente, cette alèse n'est pas remboursée.

Quelle protection urinaire peut-on utiliser après un accouchement pour les pertes sanguines ?

Après un accouchement, la femme fait face à des saignements que l'on surnomme les lochies. Ces écoulements peuvent être intenses ou être réguliers comme dans un cycle menstruel normal. Les pertes sanguines vont s'atténuer au fur et à mesure que l'utérus et le vagin reprennent leur place et cicatrisent. Ces lochies sont importantes durant les deux premières semaines puis s'atténuent, elles peuvent durer jusqu'à six semaines.

Les premiers jours après l'accouchement, il est recommandé à la femme de porter des protections anatomiques dont la capacité d'absorption est supérieure au simple protège-slip. Cette protection peut être maintenue par un slip-filet qui, grâce à son élasticité, ne moule pas la femme, ni à l'entre-jambe, ni au niveau du ventre.

Lorsque les pertes diminuent, la femme peut porter des protège-slips. Ceux-ci sont à changer dès qu'ils sont saturés ou qu'ils commencent à présenter une odeur désagréable.

La rééducation périnéale est-elle efficace pour les fuites urinaires ?

Les fuites urinaires font suite à un affaiblissement du plancher pelvien, ensemble de muscles qui forment un hamac pour soutenir l'appareil urinaire. Les muscles ayant perdu de leur tonicité, ils ne permettent plus d'assurer la rétention urinaire lors d'un effort et sont ainsi la cause de fuites urinaires.

La rééducation périnéale va re-tonifier les muscles du périnée et lui faire regagner sa fonction. Les séances de rééducation commencent toujours chez le kinésithérapeute afin que les mouvements de contraction du périnée soient correctement pratiqués. Ses mouvements seront ensuite reproduits par la femme à son domicile. Plus la rééducation sera réalisée correctement, plus les résultats seront visibles.

La rééducation par électrostimulation est de plus en plus pratiquée. Grâce à la sonde périnéale introduite dans le vagin, la stimulation produite contracte les muscles du plancher pelvien. Ainsi, la contraction est toujours réalisée correctement et sans effort de la femme.

Conclusion

Tabou, le terme est juste pour définir cette pathologie trop fréquente. Trop de personnes souffrent de ce handicap et n'ose en discuter. Les personnes âgées ne sont malheureusement pas les seules à souffrir de fuites urinaires. Jugée dévalorisante, cette pathologie place ces personnes à part, comme « immatures » ou diminuées de ses capacités mentales. Si le sujet était plus abordé, des solutions seraient plus rapidement mises en place et empêcheraient l'extension et les complications sociales des pertes urinaires.

Les laboratoires doivent suivre avec la demande. Par conséquent, une grande gamme de protections urinaires est mise en place. Les nouvelles technologies conduisent à faire des protections les plus discrètes possibles tout en étant très absorbantes, sans odeur et sans risque de fuite. Les laboratoires fournissent des échantillons pour trouver la protection qui convient le mieux à la personne. Ceux-ci peuvent être demandés dans une pharmacie ou par internet, ce qui permet de préserver l'anonymat de la personne.

Le remboursement par les différents organismes permet de mettre les protections à la portée de tout le monde. Les personnes âgées à faible retraite peuvent ainsi bénéficier de protections. L'incontinence urinaire étant un problème de santé publique, l'Etat devrait revoir les bases de remboursement de la Sécurité sociale sur les produits absorbants.

En conclusion, il est essentiel de mettre à l'aise le patient. Le faire parler est un grand pas dans sa pathologie. L'incontinence urinaire ne doit plus être un sujet tabou, cette pathologie doit être abordée sans restriction.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Serge Quérin, Luc Valiquette.** *La néphrologie et l'urologie.* s.l. : Maloine, 2012.
2. incontinence et fuites urinaires. *sphere-sante.com.* [En ligne] [Citation : 23 décembre 2012.] <http://www.sphere-sante.com/incontinence-information/description-systeme-urinaire.html>.
3. **Chartier, Eric.** *Urologie.* s.l. : Med-Line, 2006.
4. **N.Marieb, Elaine.** *Anatomie et physiologie humaines.* s.l. : Pearson Education, 2005.
5. **Abéna.** L'incontinence. *Différents types et traitements, module 1.*
6. **Téna.** Guide conseils.
7. *doctorette.* [En ligne] [Citation : 30 décembre 2012.] <http://www.doctorette.info/maladies-gynecologiques/traitement-non-chirurgical-de-l-incontinence-urinaire-chez-la-femme>.
8. **Flam, Thierry.** *Mémento urologie.* s.l. : Maloine, 2009.
9. les fuites urinaires. *urinaire.com.* [En ligne] [Citation : 26 décembre 2012.] <http://www.urinaire.com/continence.htm>.
10. *urologie.* [En ligne] [Citation : 6 janvier 2013.] <http://www.incontinence-info.fr/index.php#definition-incontinence>.
11. incontinence urinaire. *passeportsanté.net.* [En ligne] [Citation : 29 décembre 2012.] http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Print.aspx?doc=incontinence_urinaire_pm.
12. **Hartmann.** Incontinence. *Méthode DAC.*
13. **F.Bouthier, DR.** Incontinences. *actualités pharmaceutiques n°410.* juillet-août 2002, p. 53.
14. **Téna, institut.** *L'incontinence urinaire aux différents âges de la vie.* livre blanc 2008.
15. l'incontinence urinaire. *caducee.net.* [En ligne] [Citation : 6 janvier 2013.] <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/urologie/incontinence-urinaire.asp#diagnostic>.
16. globe vésical. *larousse.fr.* [En ligne] [Citation : 10 janvier 2013.] http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/globe_v%C3%A9sical/13324.
17. les différents examens gynécologiques. *aufeminin.com.* [En ligne] <http://www.aufeminin.com/fiche/couple/f14834-les-differents-examens-gynecologiques.html>.
18. **R.Villet, D.Salet-Lizee.** *L'incontinence urinaire d'effort de la femme.* s.l. : masson, 2000.
19. incontinence urinaire et fécale du sujet âgé. *université médicale virtuelle francophone.* [En ligne] [Citation : 20 janvier 2013.] http://umvf.univ-nantes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie10/site/html/3_34_341_1.html.







20. **Curie, faculté de médecine Pierre et Marie.** Prolapsus I.U.E. [En ligne] [Citation : 10 janvier 2013.] <http://www.chups.jussieu.fr/polys/gyneco/POLY.Chp.16.html>.
21. **Yiou, René.** le bilan urodynamique . [En ligne] [Citation : 20 janvier 2013.] http://urologie-chu-mondor.aphp.fr/_infos_pat/urologie%20fonctionnelle/bilan%20urodynamique.pdf .
22. débitmètre urinaire. *physimed centre médicale* . [En ligne] [Citation : 20 janvier 2013.] <http://www.physimed.com/fr/patient/techniques-diagnostique/debimetrie-urinaire.php>.
23. examen urodynamique . *institut régional de médecine physique et de réadaptation*. [En ligne] [Citation : 20 janvier 2013.] <http://irr-nancy.fr/spip.php?article193> .
24. *e-sante.fr*. [En ligne] 2000-2012. <http://www.e-sante.fr/7-conseils-pratiques-pour-limiter-fuites-urinaires/actualite/1014> .
25. une bonne hygiène de vie. *Librement féminin*. [En ligne] <http://www.librement-feminin.fr/mieux-vivre-incontinence-urinaire/une-bonne-hygiene-de-vie.aspx>.
26. et l'incontinence chez les hommes. *librement féminin*. [En ligne] <http://www.librement-feminin.fr/pourquoi-troubles-urinaires/les-types-de-fuites.aspx>.
27. **plaque, société canadienne de la sclérose en.** *troubles urinaires et sclérose en plaque*. août 2007.
28. incontinence urinaire et grossesse. *incontinence-protection.com*. [En ligne] 2010. <http://www.incontinence-protection.com/incontinence-urinaire-et-grossesse.html> .
29. **Téna.** Incontinence et grossesse. *Jeunes mamans, avant et après bébé, cela peut vous arriver ...*
30. **Abena.** Traitement. *et incontinence, module 5*.
31. **Hartmann.** Incontinence. *méthode DAC, cahier de formation pour l'équipe officinale* .
32. id. *l'incontinence parlons-en!*
33. **Tena.** guide des gammes, tena 2012.
34. **Hartmann.** incontinence. *mieux vivre les fuites urinaires*.
35. **Abena.** les plus produits de la gamme Abena.
36. manger des aliments contenant du fer pendant la grossesse. *santémédecine.net*. [En ligne] <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/348-manger-des-aliments-contenant-du-fer-pendant-la-grossesse>.
37. la maladie. *unisep*. [En ligne] <http://www.unisep.org/site2/site.php?rubrique=72> .
38. la maladie d'alzheimer. *passeportsanté.net*. [En ligne] http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=alzheimer_pm .
39. remboursement des produits destinés aux personnes souffrant d'incontinence. *senat.fr*. [En ligne] <http://www.senat.fr/questions/base/2004/qSEQ040211000.html> .

40. l'incontinence urinaire. *incontinence-direct.com*. [En ligne] <http://www.incontinence-direct.com/les-differents-types-incontinence.html>.

41. incontinence et fuites urinaires. *sphere-santé*. [En ligne] <http://www.sphere-sante.com/incontinence-information/reeducation-perineale.html>.

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 6 septembre 2013

<p align="center">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : Sophie BONNET</p> <p><u>Sujet</u> : Les protections urinaires : conseils à l'officine</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président : M. Pierre LABRUDE, Professeur Directeur : M. Jacques CALLANQUIN, Docteur en Pharmacie Juges : M. Pierrick LE PERRON, Docteur en Pharmacie Mme Delphine RENAUT, Docteur en Pharmacie</p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 22 août 2013</p> <p align="center">Le Président du Jury Directeur de Thèse</p> <p align="center"> </p>
<p align="center">Vu et approuvé, Nancy, le 25.08.2013</p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">  Francine PAULUS</p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 3.09.2013</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">  Pierre MUTZENHARDT</p> <p align="center">N° d'enregistrement : 6534</p>

N° d'identification :

TITRE

LES PROTECTIONS URINAIRES : CONSEILS A L'OFFICINE

Thèse soutenue le : Vendredi 6 septembre 2013

Par Sophie BONNET

RESUME :

L'évacuation des urines sans le contrôle de la personne est une pathologie qui touche 3 à 5 millions de personnes. Ces pertes, partielles ou totales, sont ressenties comme honteuse pour la population touchée. Dépistée précocement, l'incontinence urinaire peut trouver remède. Selon l'étiologie et la gravité, le traitement pourra être curatif ou palliatif. La rééducation périnéale, pratiquée correctement, apporte de bons résultats. En parallèle, la personne peut porter des protections urinaires pour pallier à ces pertes gênantes. Les laboratoires ont développé une large gamme de protections absorbantes pour répondre à la demande, et permettre aux patients de se sentir le plus à l'aise possible.

Cette thèse résume toutes les protections absorbantes disponibles en officine, avec pour chaque, leurs indications et leurs utilisations. De même, on peut trouver les différentes techniques de rééducation et tous les conseils que l'on peut apporter en officine aux patients.

Par le vieillissement de la population, le marché de l'incontinence ne cesse d'augmenter, les fabricants de protections absorbantes ne seront pas en peine.

MOTS CLES : INCONTINENCE URINAIRE – PROTECTION URINAIRE – OFFICINE – CAS CLINIQUES – PROTECTION ANATOMIQUE – SOUS-VETEMENT DE MAINTIEN – PROTECTION DROITE – SOUS-VETEMENT ABSORBANT – CHANGE COMPLET – ALESE – REEDUCATION PERINEALE

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Docteur Jacques CALLANQUIN	Orthopédie et Maintien à domicile	Expérimentale <input type="checkbox"/> Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/> Thème <input type="checkbox"/>

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
6 – Pratique professionnelle