

De la difficulté d'évaluer la prise en charge chirurgicale de l'incontinence de la femme de plus de 70 ans ?

Pr B. Deval*

Correspondance.

*Pr B Deval, 10 rue du Dr Heydeinreish, 54000 NANCY, bruno.deval@wanadoo.fr

La difficulté de la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme âgée tient en plusieurs points :

1- Le secteur d'évaluation de l'incontinence urinaire

La fréquence de l'incontinence de la femme âgée varie suivant le fait qu'elle se trouve dans une structure institutionnalisée ou non. En effet, en secteur institutionnalisé, plus d'une femme sur deux se plaint d'incontinence urinaire (*Luber KM et al. Am J Obstet Gynecol 2001*). Lorsqu'elle est en secteur non institutionnalisé la fréquence de l'incontinence de la femme âgée de plus de 70 ans varie de 10 à 40% (*Mc Grother C et . World J Urology 1998*).

2- La réalité de la prise en charge chirurgicale

Le budget estimé en France à la prise en charge de l'incontinence urinaire, quel que soit son mode et quel que soit son traitement est de 3 M.Euros par an (2.3 protections par jour, crème, savon, > 60 Euros / mois / patiente). Restriction hydrique, mictions préventives, protections, pessaires, rééducation, traitements médicaux sont les moyens listés dans la prise en charge thérapeutique de l'incontinence urinaire de la femme âgée. A propos des 2109 patientes de plus de 70 ans bénéficiant d'une prise en charge thérapeutique, le traitement chirurgical ne représente que 4% des modes de traitement. (*A J. Huang et al. Intern Med.2006*). Quant aux essais cliniques prospectifs randomisés, la population de femmes âgées dans ces essais ne

représente que 3,8% de l'ensemble de la population . Il existe donc une sous évaluation ou sous représentation de la population des femmes âgées, dans les essais cliniques chirurgicaux.(A Morse et al. *Obstet Gynecol.*2004).

3- L'évaluation clinique de la chirurgie de l'incontinence urinaire de la femme âgée

- L'indication idéale de la bandelette sous urétrale dans la prise en charge chirurgicale de l'incontinence urinaire de la femme est actuellement bien définie. Il doit s'agir d'une incontinence urinaire d'effort pure sans urgences mictionnelles, d'une patiente dont l'âge est compris entre 40 et 50 ans et dont les épreuves d'effort permettent de mettre en évidence une fuite urinaire. Dans ce contexte les résultats à long terme (7 ans) sont supérieurs à 80 % (Nilsson G et al. *.Obstet Gynecol* 2005). Quoiqu'il en soit, les résultats de la chirurgie sont à court terme (6mois) supérieurs aux résultats de la rééducation périnéale (Corcos J. *Neuro Urol and urodynamics* 2007 Jul). Les résultats des séries cliniques de femmes de plus de 70 ans ayant bénéficié de bandelette sous urétrale décrivent des taux de succès variant de 67 à 94 %. Toutefois l'essai récent de Nilsson et al, (Nilsson et al, *Int j pelvic floor dysfunction* 2007) dont l'efficacité est jugée à 67 mois pour des femmes de plus de 75 ans, tombe à 57 % de bons résultats. En fait quelques caractéristiques cliniques définissent l'incontinence de la femme âgée, c'est aussi dans ce sens qu'il convient de pondérer les résultats cliniques :
- L'urgenterie pré opératoire, elle est fréquente dans la population âgée, lorsque ce paramètre est individualisé, les résultats en terme de continence varient entre 30 et 54 % de bons résultats.
- Les antécédents chirurgicaux, il est d'adage et reconnu qu'une femme sur 10, atteignant l'âge de 80 ans sera opérée d'une chirurgie de la statique pelvienne

Lorsque l'on compare un groupe sans antécédent à un groupe avec antécédent chirurgical il n'existe aucune différence entre les deux groupes.

- Par contre l'existence d'un urètre fixe limite les résultats de la chirurgie, en effet dans ce contexte les résultats varient entre 33 et 70 % (*Liapis et al Archives of gynecology and obstetrics 2005*)

En conclusion, il est légitime de dire que l'âge de plus de 70 ans apparaît être un facteur de mauvais pronostic. Il faut prendre en compte : la durée du suivi, les co-morbidités associées, l'isolement, les chutes, le syndrome dépressif, la diminution de l'activité physique, l'hospitalisation, les antécédents chirurgicaux, le diabète, la BPCO, le BMI, l'urgenterie pré-opératoire, les troubles mictionnels.