



COÛTS LIÉS À L'ACHAT DE PROTECTIONS FÉMININES SUITE À DEUX TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE DU PLANCHER PELVIEN



Normand Elizabeth¹, Dumoulin Chantal, PhD¹⁻²
¹Université de Montréal, ²Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal



Introduction

Définition de l'incontinence urinaire (IU)

Plainte d'une perte urinaire involontaire, sans égard à la quantité de fuite (1).

Types d'IU

Effort – le plus commun

La pression intra-vésicale excède la pression intra-urétrale, causant des fuites lors de certaines activités physiques, de toux ou d'éternuements.

Urgence – affecte surtout la population vieillissante (2)

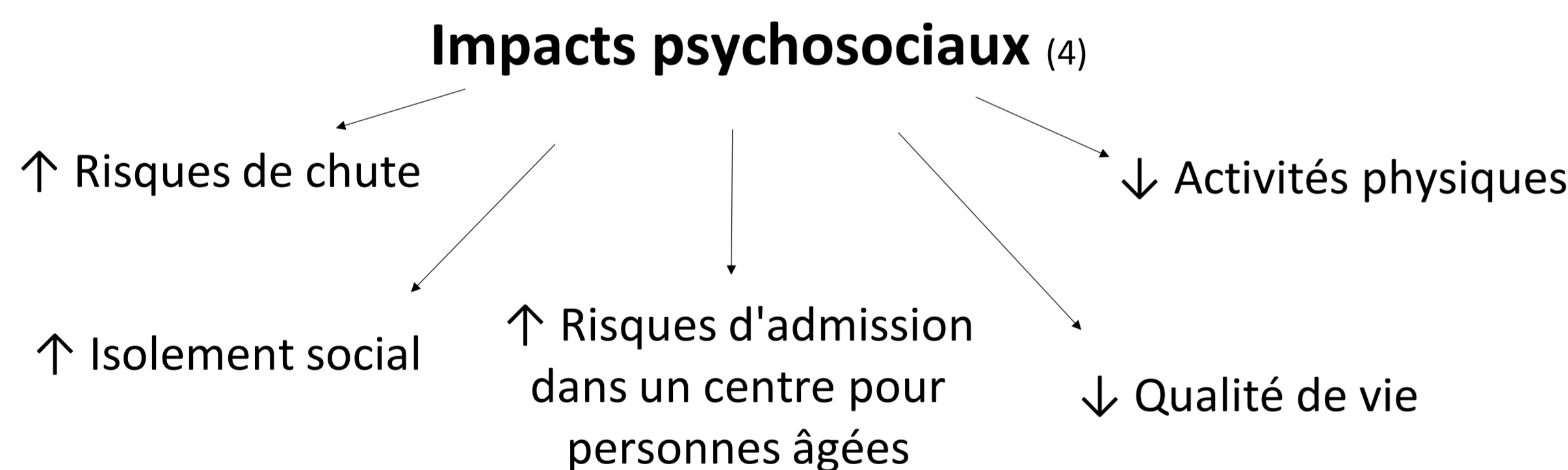
Urgence mictionnelle soudaine, avec une contraction du muscle dérusor de la vessie sans même qu'elle soit pleine.

Mixte – prévalent chez les femmes ≥60 ans (2)

Inclut les symptômes d'incontinence d'effort et d'urgence.

Prévalence

- 28% des canadiennes, tout âge et type d'IU confondu (3)
- ↑ avec l'âge chez H et F
- 30 à 60% des femmes âgées (3)



Coûts?

Objectif

Comparer l'impact entre les deux traitements d'exercices du plancher pelvien en ce qui a trait aux coûts d'achat de protections pour incontinence urinaire auprès de femmes âgées de ≥60 ans, souffrant d'IU mixte ou d'effort. Un traitement est administré en séances privés et l'autre en groupe.

Hypothèses

H1 : Les coûts diminueront de manière significative suivant un programme d'exercice du plancher pelvien de 12 semaines.

H2 : La réduction des coûts sera semblable dans les deux groupes.

Méthodologie

Devis – Projet GROUP

Essai clinique randomisé multicentrique de non-infériorité

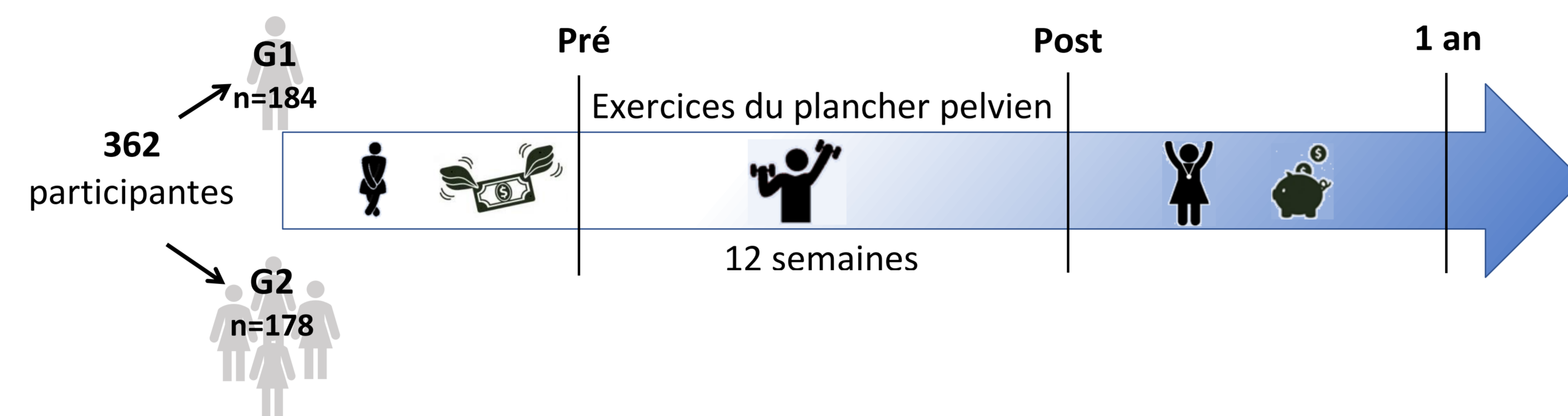
Janvier 2013 → Mai 2017
Sherbrooke et Montréal, Qc

Outils de mesure

Questionnaire Dowell-Bryant

Outils de mesures secondaires

Journal urinaire de 7 jours
Pad test sur 24h



Critères

Éligibilité

≥ 60 ans, IU d'effort ou mixte, symptomatique ≥ 3x/semaine depuis ≥ 3 derniers mois.

Non-éligibilité

IMC ≥ 35, mobilité significativement réduite, constipation chronique non traitée, prolapsus important (POPQ >2), pertes fécales ou de mucus, infection vaginale/urinaire ≤ 3 mois, traitements reçus pour IU <1 an : physiothérapie, chirurgie, médication. Changement récent de remplacement hormonal, toute comorbidité/facteur de risque pouvant interférer avec le projet.

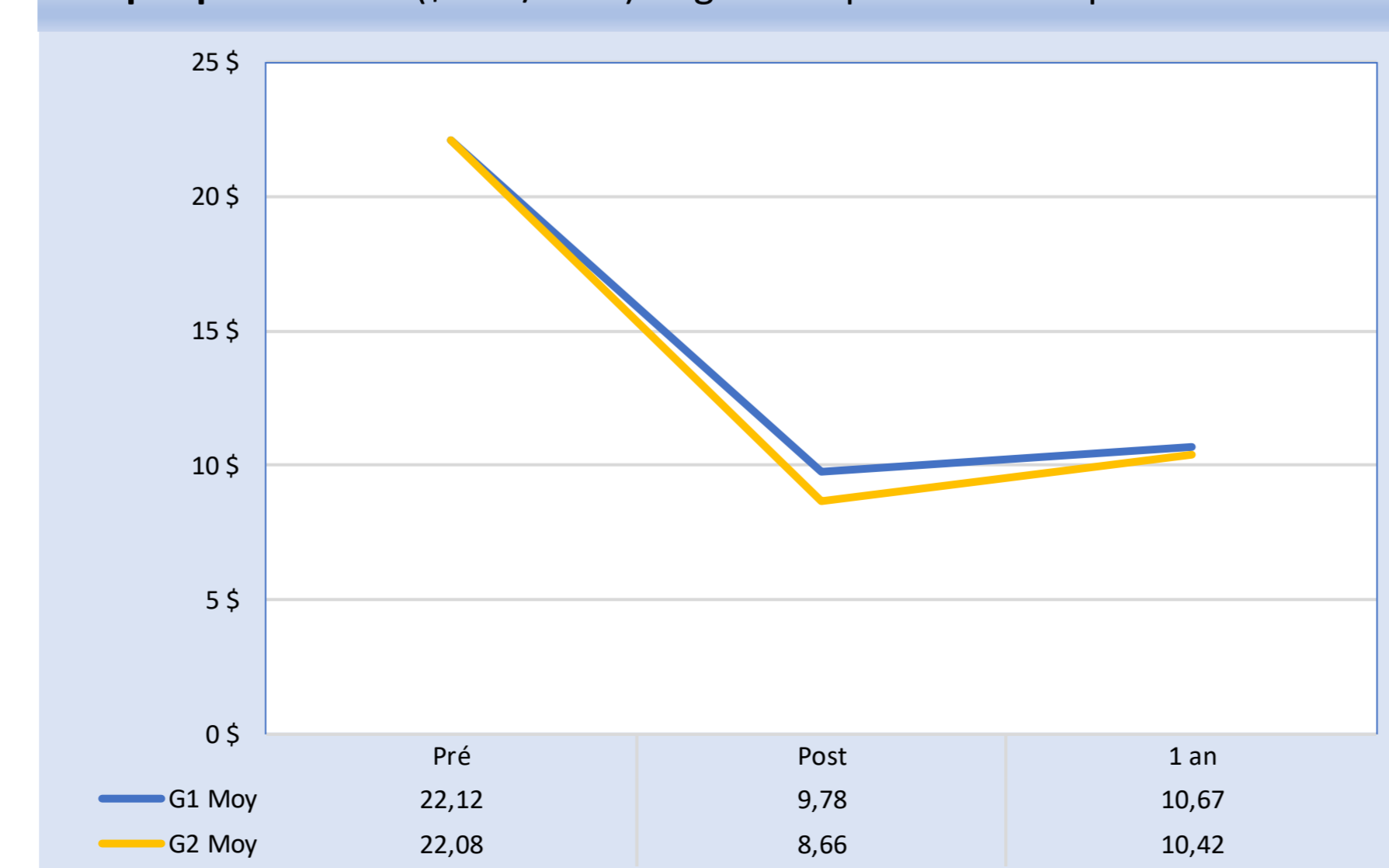
Résultats

Tableau 1 Résultats

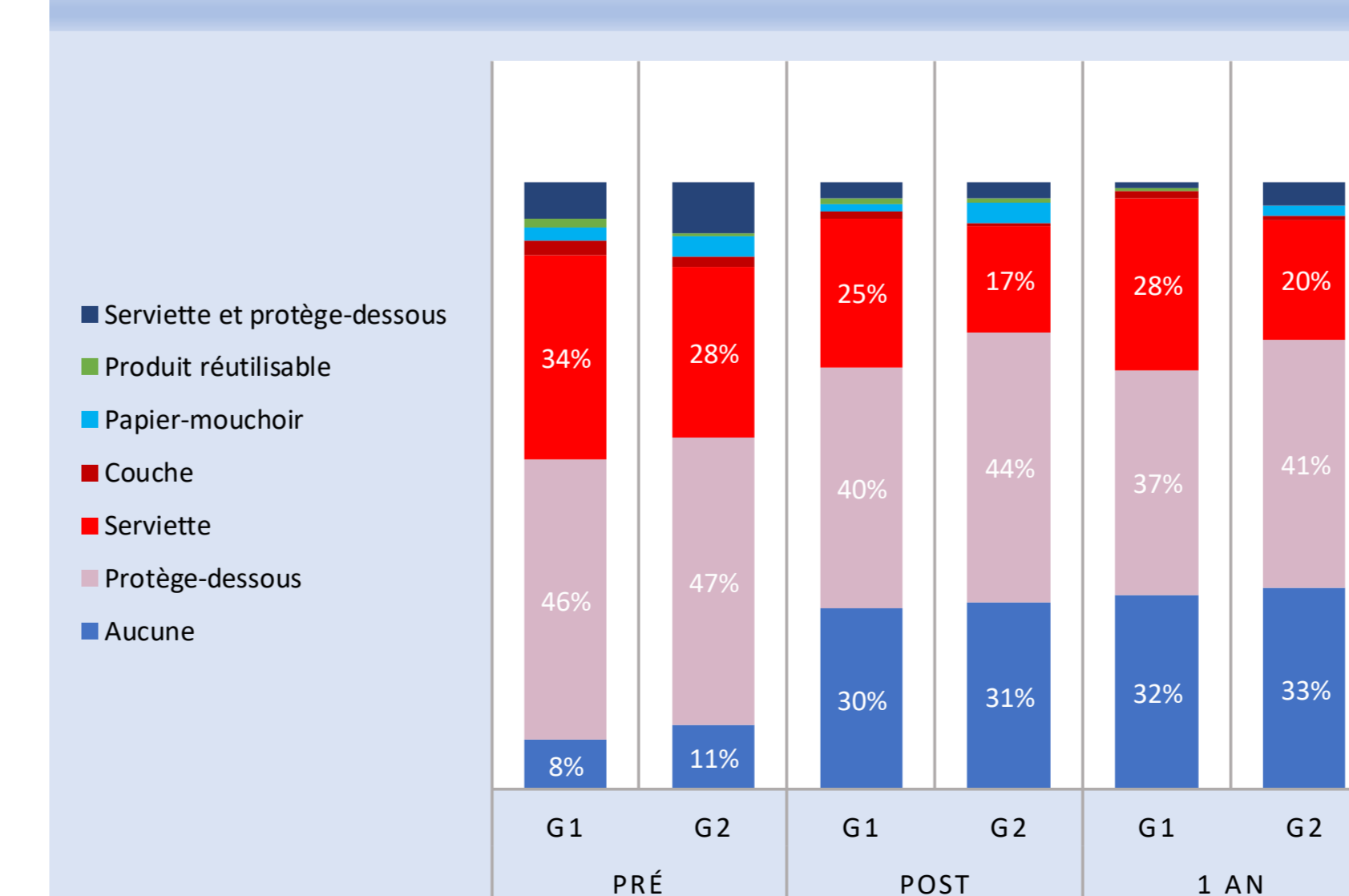
	Pré	Post	1 an	ANOVA		
				Interaction	Temps	Groupe
Coûts (\$CAD)/mois						
G1	22,12 (30,01)	9,78 (16,83)	10,67 (18,7)	F=0.102	F=63,213 p<0.001 eta2=0,167	F=0.053
G2	22,08 (29,97)	8,66 (13,99)	10,42 (19,06)	p=0.872 eta2<0.001		p=0.819 eta2<0.001
Fuites/semaine						
G1	14.9 (12.35)	5.34 (7.12)	6.01 (8.32)	F=0.587	F=172.747 p<0.001 eta2=0.35	F=0.535
G2	13.78 (15.16)	5.36 (6.26)	5.14 (6.36)	p=0.488 eta2=0.002		p=0.465 eta2=0.002
Pertes (grammes)/24h						
G1	16.31 (29.58)	6.34 (12.67)	7.35 (17.71)	F=0.756	F=38.141 p<0.001 eta2=0.108	F=2.621
G2	12.85 (20.66)	5.47 (10.99)	4.16 (8.50)	p=0.426 eta2=0.002		p=0.106 eta2=0.008

Moy. (ET)

Graphique 1 Coûts (\$CAD/mois) engendrés par l'IU aux 3 prises de mesure



Graphique 2 Types de protection employés aux 3 prises de mesure



Discussion

Les deux groupes ont évolué de manière semblable lors des trois prises de mesure avec une diminution significative des coûts liés à l'achat de leurs protections féminines, du nombre de leurs fuites par semaine ainsi que de la quantité de leurs pertes urinaires. De plus, on constate un changement dans le type de protection employé. Ces améliorations ont été perçues après les 12 semaines de traitement et ont perdurées lors du suivi annuel.

Implication pour la clinique

Les traitements en rééducation périnéale deviennent une modalité intéressante pour réduire les coûts à long terme de l'IU. Possibilité d'améliorer l'accès aux soins en offrant des traitements en groupe moins coûteux.

Limites

D'autres études seront nécessaires avant de généraliser les résultats au-delà d'une population de femmes incontinentes âgées. Étude en cours sur une règle de prédiction clinique pour identifier les caractéristiques des femmes plus susceptibles de bien répondre au traitement.

Conclusion

Les deux traitements de physiothérapie, en groupe et individuel, sont efficaces pour réduire les coûts personnels engendrés par l'incontinence urinaire puisqu'elles réduisent significativement les fuites à moyen et long termes.

Projets en cours au CRIUGM

Economic evaluation of group-based vs. individual pelvic floor physiotherapy for urinary incontinence.
- Évaluation économique des deux types de traitement de l'IU.

Development and Validation of a clinical prediction rule to guide and improve the treatment of female stress urinary incontinence.
- Élaboration d'une règle de prédiction clinique pour guider les choix de traitements.

Remerciements

Je remercie l'Université de Montréal, les étudiantes et le personnel du CRIUGM et Dre Chantal Dumoulin.

Références

- (1) Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and urodynamics*. 2002 Mar 1;21(2):167-78.
- (2) Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of clinical epidemiology*. 2000 Nov 1;53(11):1150-7.
- (3) Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU international*. 2004 Feb;93(3):324-30.
- (4) Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures?. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000 Jul;48(7):721-5.
- (5) Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(10).