

# L'INCONTINENCE URINAIRE AVEC INDIBA

DÉPARTEMENT MÉDICAL. INDIBA, S. A. (novembre 2020)

## INTRODUCTION

L'incontinence urinaire (IU) est plus répandue qu'on ne le pense chez les femmes. Elle est vécue difficilement en raison des conséquences personnelles et sociales qui pèsent sur le bien-être psychologique et relationnel des patientes qui en souffrent<sup>(1)</sup>. La prévalence de l'IU chez les femmes adultes varie de 4 % à 35 % selon les sources<sup>(2)</sup> et toucherait près de la moitié d'entre elles après la ménopause<sup>(3)</sup>.

Les facteurs favorisant l'IU sont multiples et notamment liés au vieillissement, à l'accouchement, à la ménopause et aux dérèglements hormonaux. En effet, les organes génitaux féminins perdent en tonicité ce qui peut provoquer des affections telles que la vaginite atrophique, la diminution de la sensation lors du coït et l'incontinence urinaire à l'effort<sup>(4, 5)</sup>. La laxité vaginale serait l'élément déterminant qui génère et accélère l'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes<sup>(6)</sup>.

## TRAITEMENT

Parmi les principales thérapies traditionnelles de soin de l'IU figurent le renforcement des muscles du plancher pelvien, le traitement médical et la chirurgie en dernier recours. Ces traitements sont efficaces entre 25 % et 90 % des cas<sup>(2)</sup>. Au-delà des causes possibles mentionnées précédemment, des études histologiques montrent qu'une réduction du collagène dans la paroi de l'urètre provoque un manque de soutien et/ou un dysfonctionnement sphinctérien<sup>(7)</sup>. Ainsi, l'utilisation des appareils de transfert d'énergie représente une option thérapeutique évidente<sup>(2)</sup>.

Ces appareils tels que les lasers et la radiofréquence (RF) sont les technologies considérées dans cette étude. L'objectif est d'augmenter la température du tissu conjonctif de la paroi vaginale de 40 °C à 42 °C afin de stimuler la contraction du collagène, la néo-collagénèse, la vascularisation et les facteurs de croissance qui renforcent et rétablissent l'élasticité et l'hydratation de la muqueuse vaginale<sup>(4)</sup>.

### Études de l'utilisation de la RF pour le traitement de l'IU

Dans cette étude non exhaustive, les technologies ablatives ne sont pas étudiées bien qu'elles soient largement utilisées<sup>(8, 9)</sup>.

De nombreuses études sur les technologies de RF dans le traitement non-ablatif des troubles du plancher pelvien et pour le rajeunissement vaginal montrent une amélioration directe de l'IU comme

« effet secondaire »<sup>(10)</sup>. Voici quelques exemples de l'amélioration de l'IU dans le traitement de la laxité vaginale comme objectif principal :

- Magon *et al.*<sup>(5)</sup> ont montré que deux séances de 30 minutes de rajeunissement vulvo-vaginal amélioraient l'IU en réduisant les symptômes d'hyperactivité vésicale et des troubles des fonctions sexuelles<sup>(5)</sup>.
- Vicariotto *et Raichi*<sup>(11)</sup> ont soigné 25 femmes en 4 à 5 séances avec un appareil de RF quadripolaire pour une laxité vaginale et un syndrome génito-urinaire de la ménopause. Parmi ces femmes, les huit qui souffraient de dysurie et/ou d'incontinence ont noté une nette amélioration qui s'est poursuivie 30 jours après la fin du traitement. Dans une deuxième étude d'observation à long-terme, Vicariotto *et al.*<sup>(12)</sup> ont constaté l'efficacité et l'innocuité de leur étude précédente jusqu'à 12 mois après la fin du traitement. En effet, les données laissent penser qu'il n'y a pas de détérioration clinique même une année après la fin de la dernière séance de traitement.

Les résultats ci-dessus ainsi que les nouvelles demandes des patientes, à savoir la volonté de réduire les effets indésirables, la douleur et l'immobilisation ont mis l'accent sur le développement de la technologie non-ablative par RF et électrodes pour traiter directement l'IU comme objectif principal :

- Lordelo *et al.*<sup>(2)</sup> ont traité 10 personnes et le test d'incontinence effectué à l'issue des cinq séances visant à évaluer les résultats a montré que 70 % des sujets présentaient une baisse des fuites urinaires, 20 % ne constataient plus de fuites et 30 % ont déploré une aggravation de la situation. Toutefois, le test d'incontinence réalisé un mois après le traitement a montré que tous les sujets (à l'exception d'un qui ne s'est pas présenté pour le suivi) connaissaient une amélioration par rapport à leur état basal<sup>(2)</sup>.
- Leibaschoff *et al.* ont soigné 10 femmes souffrant d'IU en augmentant la température de la paroi vaginale de 40 °C à 45 °C lors de 3 séances de 15 à 20 minutes réparties sur un mois. Les taux d'incontinence ont baissé et 70 % des femmes n'observaient pas de fuites après le test à la toux effectué à l'issue du traitement. L'amélioration s'est poursuivie jusqu'à 12 semaines.
- Lalji *et al.*<sup>(13)</sup> ont conduit une étude sur 27 femmes souffrant d'IU légère à modérée ainsi que de laxité vulvo-vaginale. Un traitement hebdomadaire de

trois séances au total par RF monopolaire a été administré. Sur une échelle de 1 à 5, la fréquence moyenne de fuite urinaire est passée de « 2 à 3 fois par semaine » à « 1 fois par semaine » puis « aucune ». Parmi les 59,3 % de baisse des fuites urinaires enregistrées, 55,6 % n'étaient plus constatées du tout lors du suivi après un mois. Lors de la visite de suivi après un mois, 88,9 % des patientes ont exprimé une baisse de la gêne quotidienne et 62,9 % ont confirmé l'absence totale de gêne dans leur quotidien grâce au traitement. Toutes les patientes ont noté une amélioration du relâchement vaginal durant la visite de suivi après un mois de traitement. Au cours de cette visite de suivi, 89 % des patientes « confirmaient » ou « confirmaient fortement » une amélioration de leur incontinence et 93 % des patientes « confirmaient » ou « confirmaient fortement » ressentir plus de plaisir lors des rapports sexuels.

- R. Kuzlik et B. Kuzlik<sup>(14)</sup> ont mené une étude pilote pour évaluer la sûreté et l'efficacité clinique de l'utilisation de la RF sur le tissu vulvo-vaginal dans les cas de relâchement vaginal, d'incontinence urinaire et de troubles des fonctions sexuelles. Tout le groupe (53 patientes) confirmait une amélioration de la qualité de vie, un resserrement prononcé du vagin (38,1 %), un meilleur contrôle de l'incontinence urinaire à l'effort (32,2 %) et des troubles mictionnels (31,9 %). De plus, il semblerait que le traitement soit particulièrement efficace pour réduire la fréquence des impériosités urinaires.

Qu'il s'agisse de rajeunissement vaginal ou de traitement de l'IU, toutes ces études se sont avérées sans danger ni effets indésirables.

D'autres exemples soulignent l'efficacité et l'innocuité d'INDIBA pour traiter l'IU. En effet, Filoni et al. ont montré que<sup>(15)</sup> la rééducation périnéale traditionnelle conjuguée à une thérapie avec INDIBA® conduisait à l'arrêt des épisodes de nycturie et d'énurésie. Durant le Meeting Day de Séville en 2018, Fulvio<sup>(16)</sup> a fait part du cas d'une patiente qui après huit séances de 30 minutes (deux par semaine) a constaté une absence d'incontinence à l'effort et de la sensation de pesanteur vaginale grâce à une amélioration objective de la tonicité musculaire du plancher pelvien. On peut ajouter à ces exemples, les témoignages de l'utilisation quotidienne d'INDIBA pour le traitement de l'IU et du plancher pelvien par Perrin<sup>(17)</sup>, Coudrain<sup>(18)</sup> et Principiano<sup>(19)</sup>, les trois spécialistes françaises du domaine.

Parallèlement à la rédaction de cet article, une thèse de doctorat sur l'utilisation d'INDIBA® pour traiter les douleurs du plancher pelvien et les pathologies associées est en cours de finalisation avant soutenance. Les résultats apporteront un nouvel éclairage sur les avantages d'INDIBA® dans le traitement de l'IU et d'autres affections du plancher pelvien.

## Mécanisme d'action

En réalité, Viacriotto *et al.*<sup>(11)</sup> suggèrent que le mécanisme d'action par lequel la RF non-ablativité génère des résultats pérennes pour l'amélioration de l'IU est lié au remodelage anatomique et à la correction effective de l'atrophie ainsi qu'à la néo-collagénèse induite par l'hyperthermie locale. Il s'agit probablement d'un des nombreux processus intervenant dans la lésion des tissus.

## CONCLUSIONS

**L'incontinence urinaire à l'effort est un trouble très contraignant qui a été étudié sous divers angles. Aujourd'hui, les traitements plus doux, par radiofréquence et non-ablatifs, se révèlent une technologie efficace et sûre contre l'IU.**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Felde G, Ebbesen MH, Hunskaar S. Anxiety and depression associated with urinary incontinence. A 10-year follow-up study from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *Neurourol Urodyn*. 2017;36(2):322-8.
2. Lordelo P, Vilas Boas A, Sodre D, Lemos A, Tozetto S, Brasil C. New concept for treating female stress urinary incontinence with radiofrequency. *Int Braz J Urol*. 2017;43.
3. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric*. 2016;19(2):188-97.
4. Karcher C, Sadick N. Vaginal rejuvenation using energy-based devices. *Int J Womens Dermatol*. 2016;2(3):85-8.
5. Magon N, Alinsod R. ThermiVa: The Revolutionary Technology for Vulvovaginal Rejuvenation and Noninvasive Management of Female SUI. *J Obstet Gynaecol India*. 2016;66(4):300-2.
6. Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica Supplement*. 1990;153:7-31.
7. Fitzgerald MP, Mollenhauer J, Hale DS, Benson JT, Brubaker L. Urethral collagen morphologic characteristics among women with genuine stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(6):1565-74.
8. Crivellaro S, Smith JJ, 3rd. Minimally invasive therapies for female stress urinary incontinence: the current status of bioinjectables/new devices (adjustable continence therapy, urethral submucosal collagen denaturation by radiofrequency). *TheScientificWorldJournal*. 2009;9:466-78.
9. Fulmer BR, Sakamoto K, Turk TM, Galen D, Presthus JB, Abbott K, *et al.* Acute and long-term outcomes of radio frequency bladder neck suspension. *The Journal of urology*. 2002;167(1):141-5.
10. Tadir Y, Gaspar A, Lev-Sagie A, Alexiades M, Alinsod R, Bader A, *et al.* Light and energy based therapeutics for genitourinary syndrome of menopause: Consensus and controversies. *Lasers Surg Med*. 2017;49(2):137-59.
11. Vicariotto F, Raichi M. Technological evolution in the radiofrequency treatment of vaginal laxity and menopausal vulvo-vaginal atrophy and other genitourinary symptoms: first experiences with a novel dynamic quadripolar device. *Minerva ginecologica*. 2016;68(3):225-36.
12. Vicariotto F, F DES, Faoro V, Raichi M. Dynamic quadripolar radiofrequency treatment of vaginal laxity/menopausal vulvo-vaginal atrophy: 12-month efficacy and safety. *Minerva ginecologica*. 2017;69(4):342-9.
13. Lalji S, Lozanova P. Evaluation of the safety and efficacy of a monopolar nonablative radiofrequency device for the improvement of vulvo-vaginal laxity and urinary incontinence. *J Cosmet Dermatol*. 2017.
14. Kuzlik R, Kuzlik B. Radiofrequency - New Solution for Treatment of Vaginal Laxity, Urinary Incontinence and Sexual Disorders. *Gynecology & Reproductive Health*. 2018;2(6):4.
15. Filoni S, Cavallaro A, Gatta M. Efficacia del trattamento energetico capacitivo e resistivo (Tecar) nell'incontinenza urinaria. 45° Congresso Nazionale SIMFER; 22nd-25th; Genoa2017.
16. Fulvio A. Tratamiento INDIBA de paciente con incontinencia de esfuerzo y cistocele de 2°. INDIBA® Activ Meeting Day; Sevilla2018.
17. Perrin J. INDIBA improves therapeutic treatments while having an aesthetic effect. *Mougins*; 2020.
18. Coudrain S. INDIBA activ: Treatment of menopausal discomfort. *Beausoleil*; 2020.
19. Principiano I. Treatment of a vaginal incontinence and urinary incontinence in a vaginal opening. *Cannes*; 2016.