

Comblent les lacunes avant que surviennent des problèmes : les physiothérapeutes possèdent les compétences pour aider les patients à conserver de bons os et à prévenir les chutes

Meena M. Sran

L'ostéoporose impose un fardeau considérable tant sur le plan sociétal que pour les personnes qui en souffrent. En pratique clinique, la plupart des clients qui ont une faible densité osseuse ou qui sont aux prises avec l'ostéoporose sont des aînés ou des adultes en milieu de vie. Ils présentent donc des comorbidités ou d'autres troubles chroniques qui peuvent influencer sur leur santé osseuse et sur les risques de chutes et de fractures avec lesquels ils doivent composer.

Songeons par exemple à une femme de 55 ans, en postménopause, qui consulte le physiothérapeute afin que des exercices lui soient recommandés pour favoriser sa santé osseuse. Le physiothérapeute est conscient que cette femme a besoin d'exercices qui contribueront à préserver ses os et lui offre des choix tels que des routines avec sauts, un programme de marche et de course à pied et des recommandations pour une classe de conditionnement physique appropriée. Or, le physiothérapeute ignore que cette femme éprouve aussi des problèmes fréquents d'incontinence urinaire d'effort; la cliente n'en a pas fait mention et le physiothérapeute ne lui a pas demandé. La cliente repart en se disant qu'elle ne sera pas en mesure de faire les exercices prescrits sans que des conséquences désagréables comme les fuites urinaires surviennent. L'incontinence devient pour cette femme un élément dissuasif qui l'empêche d'être active physiquement.

Elle n'est pas la seule. Une étude récente réalisée par la clinique de l'ostéoporose du BC Women's Health Centre a révélé que près de 40% de toutes les nouvelles patientes vues en une année (163 sur 412) ont dit avoir des fuites urinaires une fois par semaine ou plus, et 10% ont dit avoir des envies urgentes d'uriner sans que des fuites surviennent.¹ Ces données suggèrent que la prévalence de l'incontinence urinaire (IU) au moins toutes les semaines chez ce segment de la population est beaucoup plus élevée que ce qui avait été signalé dans les études réalisées auprès d'autres populations de femmes plus âgées. Nous savons que l'activité physique constitue une part im-

portante du traitement de l'ostéoporose pour préserver la masse osseuse et prévenir les chutes, et nous avons comme objectif de prescrire les exercices appropriés pour toutes les personnes souffrant d'ostéoporose ou qui doivent composer avec une faible densité osseuse. Or, l'IU peut limiter considérablement la capacité d'une femme à être active physiquement² et constitue un facteur de risque indépendant de chutes et de fractures résultant d'un traumatisme léger chez les femmes plus âgées.^{3,4} La présence d'IU devrait donc influencer sur notre prescription d'exercices pour les femmes souffrant d'ostéoporose, même si ce n'est pas habituel pour les médecins⁵ ou pour d'autres professionnels de la santé de poser des questions sur cette condition,⁶ et que ce n'est en général qu'après avoir eu des problèmes d'IU pendant 4 à 6 ans que les femmes en parlent à un professionnel de la santé.⁷ Par conséquent, quand vous ne le demandez pas, elles ne le disent pas; nous prescrivons et espérons que les patientes se plieront à nos recommandations.

Or, dans de tels cas, espérer ne suffit pas. Nous pouvons faire mieux. Le fait de savoir que l'IU est prévalente chez notre population clinique souffrant d'ostéoporose devrait donner lieu à des changements dans la pratique clinique. En demandant systématiquement s'il y a un problème d'IU, puis en poursuivant avec des questions plus détaillées au besoin, le physiothérapeute pourra prescrire des exercices qui seront plus utiles pour la santé osseuse et, du même coup, il pourra guider la patiente vers des options de traitement conservatrices pour l'IU qui ont démontré leur efficacité.⁸⁻¹¹

La majorité des physiothérapeutes canadiens ne possèdent pas l'éventail complet de compétences nécessaires pour évaluer de façon approfondie et traiter l'incontinence et les troubles du plancher pelvien. Heureusement, nous pouvons compter sur des collègues physiothérapeutes qui possèdent de telles qualifications. Plus particulièrement, il existe des preuves scientifiques solides (de niveau A) pour appuyer le recours à l'entraînement

Meena M. Sran, PT, PhD : Programme d'ostéoporose, BC Women's Hospital & Health Centre; Clinique de physiothérapie Movement Essentials, Vancouver (Colombie-Britannique)

La correspondance devrait être adressée à Meena M. Sran, F2-Women's Health Centre, 4500 Oak Street, Vancouver (Colombie-Britannique) V6H 3N1 Canada; msran@cw.bc.ca

individuel supervisé des muscles pelviens comme premier traitement de l'IU chez les femmes⁸⁻¹¹ et les lignes directrices de pratique recommandent une gestion conservatrice de l'IU chez les femmes plus âgées.⁹ Dans le contexte plus spécifique à ce segment de la population, notre groupe de recherche vient de terminer un essai contrôlé randomisé de la physiothérapie pour le traitement de l'IU chez les femmes souffrant d'ostéoporose. Les résultats sont convaincants pour ce qui a trait à l'efficacité de la physiothérapie pour ces populations et pourraient ouvrir la voie à une nouvelle norme de soins.¹²

La relation entre l'ostéoporose et l'IU n'est pas clairement établie, mais des études antérieures ont révélé qu'il y aurait un lien entre l'ostéoporose autodéclarée et l'utilisation de protège-dessous jetables (RO = 2,01).¹³ La courbure rachidienne pourrait jouer un rôle. Une étude a en effet révélé que la courbure rachidienne était liée au prolapsus de l'organe pelvien.¹⁴ Les personnes touchées par des fractures de compression de nature rachidienne peuvent aussi présenter une détérioration des fonctions pulmonaires¹⁵ ce qui, en retour, aurait des répercussions sur l'activité des muscles pelviens.

En conclusion, le dépistage de l'IU est pertinent dans les cas de prévention des chutes et lors de la prescription d'exercices pour les personnes souffrant d'ostéoporose, mais fait également partie d'une prestation de soins complète en santé des femmes. Dans un sondage sur une vaste population, les femmes ont identifié le fait d'être « perçu comme une personne dans sa globalité » comme leur priorité psychosociale de première importance en matière de santé.⁶ Les femmes souffrant d'IU courent plus de risques de souffrir de dépression et d'une faible estime d'elles-mêmes que les femmes qui n'ont pas ce problème,¹⁶ et l'IU peut contribuer à l'isolement face à la famille et aux amis.¹⁷ Compte tenu de la prévalence élevée de l'IU chez les femmes souffrant d'ostéoporose, aider ces femmes à retrouver la continence sera important si l'on souhaite les rendre aptes à gérer leur santé osseuse de manière optimale.

RÉFÉRENCES

1. Sran MM. Prevalence of urinary incontinence in women with osteoporosis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(5):434-9. Medline:19604424
2. Nygaard I, Girts T, Fultz NH, et coll. Is urinary incontinence a barrier to exercise in women? *Obstet Gynecol.* 2005;106(2):307-14, doi:10.1097/01.AOG.0000168455.39156.0f. Medline:16055580
3. Boele van Hensbroek P, van Dijk N, van Breda GF, et coll.; Combined Amsterdam and Rotterdam Evaluation of FALLs (CAREFALL) study group. The CAREFALL Triage instrument identifying risk fac-

4. Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, et coll. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(7):721-5. Medline:10894308
5. Swanson JG, Skelly J, Hutchison B, et coll. Urinary incontinence in Canada. National survey of family physicians' knowledge, attitudes, and practices. *Can Fam Physician.* 2002;48:86-92. Medline:11852616
6. Tannenbaum C, Mayo N. Women's health priorities and perceptions of care: a survey to identify opportunities for improving preventative health care delivery for older women. *Age Ageing.* 2003;32(6):626-35. Medline:14600004. doi:10.1093/ageing/afg119.
7. Hägglund D, Walker-Engström ML, Larsson G, et coll. Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003;14(5):296-304, discussion 304. Medline:14618304. doi:10.1007/s00192-003-1077-9
8. Bélisle S, Blake J, Basson R, et coll. Canadian Consensus Conference on menopause, 2006 update. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006;28(2 Suppl 1):S7-94. Medline:16626522
9. Fantl J, Newman D, Colling J, et coll. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management (Clinical Practice Guideline 96-0682). Rockville (MD): Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1996.
10. Hay-Smith EJ, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(1):CD005654. Medline:16437536
11. Wilson PD, Hay-Smith J, Nygaard I, et coll. Adult Conservative Management. In: P Abrams, L Cardozo, and S Khoury, editors. Incontinence. 3rd ed. France: Health Public Publication Ltd; 2005. p. 856-1059.
12. Sran MM, Wilson P, Lieblch P, et coll. Regaining urinary continence in postmenopausal women with osteoporosis: preliminary results of a randomized controlled trial. *IOF World Congress on Osteoporosis, Florence, Italy.* *Osteoporos Int.* 2010:S368.
13. Johnson TM II, Kincade JE, Bernard SL, et coll. Self-care practices used by older men and women to manage urinary incontinence: results from the national follow-up survey on self-care and aging. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(8):894-902. Medline:10968292
14. Mattox TF, Lucente V, McIntyre P, et coll. Abnormal spinal curvature and its relationship to pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(6):1381-4, discussion 1384. doi:10.1067/mob.2000.111489. Medline:11120500
15. Schlaich C, Minne HW, Bruckner T, et coll. Reduced pulmonary function in patients with spinal osteoporotic fractures. *Osteoporos Int.* 1998;8(3):261-7. doi:10.1007/s001980050063. Medline:9797911
16. Heidrich SM, Wells TJ. Effects of urinary incontinence: psychological well-being and distress in older community-dwelling women. *J Gerontol Nurs.* 2004;30(5):47-54. Medline:15152744
17. Miner PB Jr. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology.* 2004;126(1 Suppl 1):S8-13. doi:10.1053/j.gastro.2003.10.056. Medline:14978633