

Capacité de gériatrie - Mars 2011

INCONTINENCE URINAIRE DE LA PERSONNE AGEÉ

Dr G. Delorme

*SERVICE D'UROLOGIE ET TRANSPLANTATION RENALE
CHU BESANCON*

INCONTINENCE URINAIRE (épidémiologie)

- Difficile à évaluer avec précision
- 30% des femmes présentent un épisode d'incontinence urinaire par mois dont 77% à l'effort
- 13% des cas responsable d'une gêne sur le plan social, psychologique ou professionnel et auxquelles il faudrait proposer une prise en charge thérapeutique, ce qui représente en France au moins 1,5 million de femmes, dont 500 000 sévèrement atteintes
- Augmentation de la fréquence avec l'âge
- Chez la PA: problème multifactoriel
- 48% des femmes de plus de 60 ans présentent une incontinence occasionnelle
- 23% une incontinence permanente

INCONTINENCE URINAIRE DEFINITION

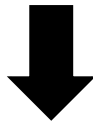
- Il s'agit d'une perte involontaire d'urines par l'urètre
- hyperpression d'amont et/ou d'un défaut de continence d'aval, favorisée et/ou parfois masquée par des troubles de la statique pelvienne
- Multifactorielle
- 3 notions:
 - le symptôme est l'état de la patiente qui perd ses urines
 - le signe (clinique et urodynamique) est la mise en évidence de la fuite
 - la pathologie est responsable de la fuite et définie par les examens clinique et urodynamique

PHYSIOLOGIE DE LA CONTINENCE

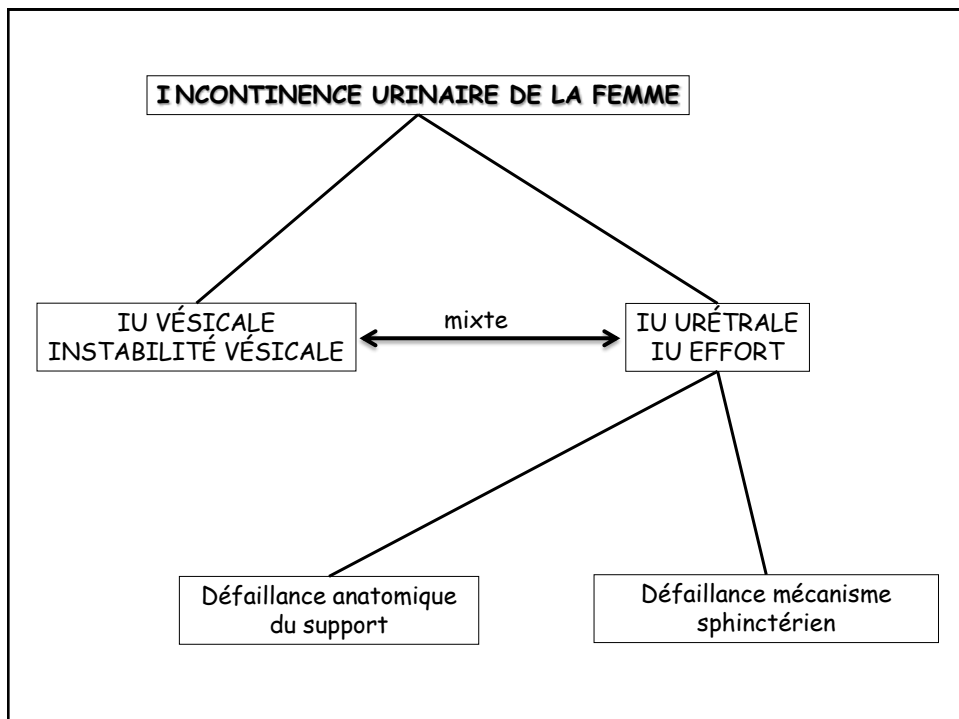
- Facteurs de la continence : équilibre entre PU et PV, $PV > PU \Rightarrow$
Miction :
 - force d'expulsion : détrusor, pression intra-abdo
 - force de retenue : sphincter, col de vessie, urètre
- Facteurs vésicaux de la continence :
 - compliance vésicale : système basse pression
 - altérée par age, infection, hormones, RTE...
- Facteurs urétraux :
 - repos : sphincter lisse 60% PU, sphincter strié 30%
 - effort : toux \uparrow PU avant Pression abdo
 - angulation urètre et col de vessie
 - contraction volontaire sphincter strié

Vieillesse de l'appareil vésico-sphinctérien

- Notion de polyopathie
- Dégradation du système nerveux
- Altération des capacité du système musculaire
- Trouble endocrinien




- Réduction volume vésical, diminution des Pclot
- Réduction de l'élasticité: RPM
- Disparition des besoins mictionnels
- Trouble trophique des systèmes de soutien



INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

- incontinence par altération du mécanisme sphinctérien intrinsèque et donc par chute de la pression de clôture (hypotonie sphinctérienne)
- incontinence par atteinte du système de support anatomique du col vésical et de l'urètre, responsable d'un défaut de transmission et d'une cervicocystoptôse ; elle est liée à l'hypermobilité urétrale (incontinence anatomique)
- fuites en jet toujours synchrones de l'effort
- **pas associées à une sensation de besoin d'uriner.**
- cessent à l'arrêt de l'effort.

INCONTINENCE PAR INSTABILITÉ (OU IMPÉRIOSITÉS)

- impossibilité de retenir les urines **lors d'un besoin urgent**, malgré la contraction volontaire du sphincter strié
- besoin d'emblée urgent (non progressif) et persistant (non inhibable)
- déclenché par l'audition ou le contact de l'eau, l'exposition au froid...
- BUD  CONTRACTION VESICALE NON INHIBÉES
- « overactive bladder »
- Notion d'hyperactivité vésicale: syndrome (PK, impériosités et fuites)
- Notion d'hyperactivité détrusorienne: définition urodynamique

INCONTINENCE PAR RÉTENTION CHRONIQUE D'URINE

- Incontinence par regorgement
- Signes fonctionnels urinaires souvent présents
- Fuites souvent continues
- Aspect trompeur de diurèse normale sur 24h si pas de symptômes associés

- Étiologies:
 - Médicamenteuses
 - Obstacle (lps chez l'homme)
 - Hypoactivité détrusorienne / « vessie claquée »

INCONTINENCE URINAIRE FONCTIONNELLE

- Non maîtrise de l'environnement par déséquilibre de la dépendance
 - Dépendance physique (état grabataire...)
 - Dépendance psychique (désorientation...)

INCONTINENCE D'ORIGINE PSYCHOLOGIQUE

- « laisser aller » syndrome dépressif
- Peur de déranger

INCONTINENCE URINAIRE FACTEURS FAVORISANTS

- **Facteurs constitutionnels:** Les femmes de race noire et les Asiatiques dont le périnée est réputé solide font moins d'incontinence
- **L'Age:**
 - prévalence de l'incontinence augmente avec l'âge, en particulier après la ménopause
 - Vieillesse de l'appareil urinaire
- **ATCD obstétricaux:**
 - dépister les femmes à risque lors de la surveillance de la grossesse : celles qui perdent un peu à la toux, dont la musculature périnéale est faible, qui prennent trop de poids
 - Certaines pratiques obstétricales peuvent favoriser l'incontinence
 - modification de la courbure lombaire et affaiblissement la musculature abdominale, favorisant l'incontinence et le prolapsus même chez les femmes césariées
- **Trouble de la défécation**
- **Activité sportive**
- **Traumatismes (surtout iatrogène)**

INTERROGATOIRE

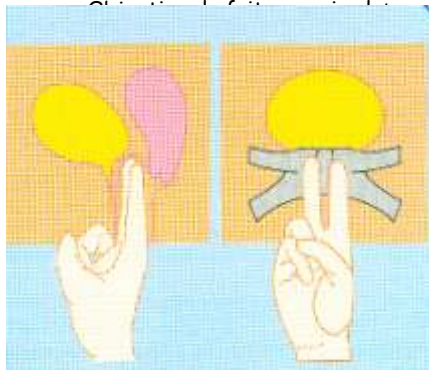
- Chercher les circonstances de survenue
- Évaluer l'importance: nombre de protections...
- Évolution de l'incontinence: aggravation...
- Apprécier le retentissement
- Recherche de signes associés: PK, dysurie, brûlures mictionnelles, ...
- **Régime hydrique**
- **dépendance**
- **Prise de médicaments (diurétique....)**
- **Recherche des atcd et examen général**
- Importance de l'interrogatoire+++

INTERROGATOIRE

- Évaluation de la qualité du besoin
- Évaluation de la qualité de la miction
- Évaluation e la continence anale
- Calendrier mictionnel si possible
- Pad test sur 24 voir 48h

EXAMEN CLINIQUE

- Examen clinique:
 - En position gynécologique



- Testing des muscles pelviens

- Examen neurologique du périnée

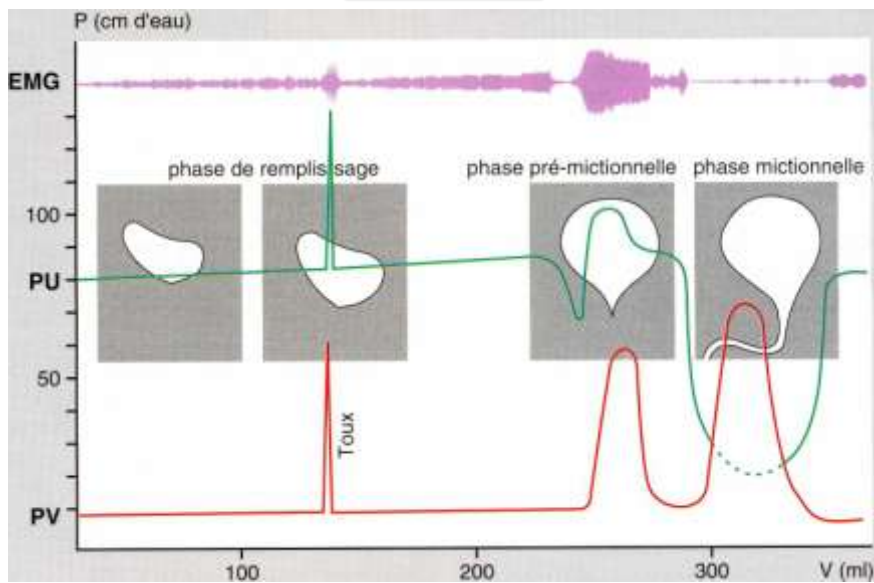


sout
igts
nne,
e,
hys
le

EXAMENS PARACLINIQUES

- ECBU
- **Échographie réno-vésicale:** dg de rétention chronique, recherche de RPM
- **Cystoscopie:** surtout en cas d'impériosités ou de PK
 - Élimine une pathologie irritative vésicale (tumeur, lithiase, aspect de cystite interstitielle)
 - Toujours sur urines stériles
- **Cytologies urinaires**
- **IRM dynamique, UCRM**
- **Bilan urodynamique**

BILAN URODYNAMIQUE ET INCONTINENCE URINAIRE



INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT



INCONTINENCE URINAIRE PAR IMPÉRIOSITÉS (traitement)

- **Rééducation+++**
 - Manuelle
 - Biofeedback, électrostimulation
- **Traitement médical: anticholinergiques**
 - Chlorhydrate d'oxybutinine (ditropan®)
 - Trospium (céris®)
 - Effets IIaires: constipation, sècheresse buccale
 - Prudence chez les PA: diminuer les doses (risque de rétention, confusiogènes)
- **Traitement chirurgical**
 - Toxine botulique (AMM en attente)
 - Neuromodulation des racines sacrées
 - Agrandissement vésical

Traitements complémentaires spécifiques de la PA

- Thérapie comportementale
 - Perte de l'apprentissage vésico-sphinctérien
 - Techniques possibles:
 - « bladder training »: reprogrammation mictionnelle
 - « habit retraining »: reprogrammation personnalisée
 - « timed voiding »: mictions à heures fixes imposées
- Bon équilibre hydrique et diététique
- Adaptation environnementale
- La sonde vésicale....

INCONTINENCE URINAIRE MASCULINE

- - **hypertrophie bénigne de la prostate HBP** (gouttes retardataires, fuites urinaires par regorgement)
- - **maladies neurologiques** (hyperactivité vésicale et/ou rétention urinaire chronique) (AVC, Parkinson, SEP...)
- - **chirurgie prostatique** (HBP ou cancer, incontinence urinaire d'effort par insuffisance sphinctérienne)

INCONTINENCE URINAIRE MASCULINE POST-OPÉATOIRE

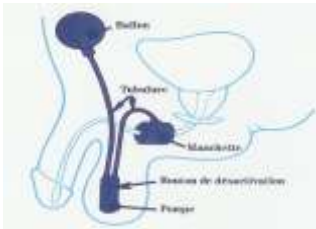
- IU d'effort, orthostatique par insuffisance sphinctérienne:
après prostatectomie radicale (PR) (3 à 45%), RTUP ou AVH (1,9%)
facteurs de risque préopératoires d'incontinence après PR: âge, maladies neurologiques, radiothérapie, chirurgie prostatique, obésité
- traitement de 1ère intention = **rééducation périnéale**
- En cas d'échec de la rééducation, discussion d'un traitement chirurgical en moyenne 1 an après l'intervention initiale

bilan pré-thérapeutique:

- Evaluation sévérité: IU **minime** (1 à 2 prot./j), **modérée** (3 à 4 prot./j), **sévère** (5 ou + prot./j ou étui pénien) + pad-test d'une heure ou de 24 heures à domicile (IU minime, modérée, sévère) (minime et modérée): < 200 - 300g / 24 heures)
- ECBU, fibroscopie uréthro-vésicale, UCRM, bilan urodynamique (P urétrale)

INCONTINENCE URINAIRE MASCULINE

- Traitement chirurgicale
 - Gold standart: sphincter artificiel
 - Techniques moins invasives:
 - Bandelettes trans obturatrices adaptées aux hommes
 - Dispositif pro-ACT



CONCLUSION

- Pathologie fréquente de la PA
- Responsable d'un handicap
- Évaluation de la dépendance
- Bien définir les mécanismes de l'incontinence
- Traitement par rééducation en première intention +++
- Adaptation de l'environnement
- Techniques chirurgicales mini invasives: avenir de l'incontinence urinaire de la PA?