

L'incontinence urinaire chez la personne âgée

Isabelle COIN
Unité de gériatrie communautaire
SMPR, DMCPRU

22.08.12.

Plan de la présentation

- Définition
- L'incontinence: un syndrome gériatrique
- Prévalence et impact
- Physiologie/ vieillissement normal
- Types d'incontinence
- Evaluation
- Prise en charge

Incontinence urinaire

"L'incontinence urinaire se définit
comme une perte involontaire
d'urine devenant un problème social
ou d'hygiène."

Définition de la société internationale contre
l'incontinence (ICS = *International Continence
Society*), 2001

L'incontinence: un syndrome gériatrique

- Ne fait partie du vieillissement normal:

•Pathologie génito-urinaire
•Changements liés a l'âge

Médicaments
•Diurétiques
•Anticholinergiques
•Cholinergiques
•IEC
•Opiacés

Neuro/psychiatrique
•AVC
•Parkinson
•Démence
•Dépression
•HPN

Comorbidités
•Diabète
•ICC
•Ostéo-arthrose
•Apnée du sommeil
•Constipation sévère
•Obésité

Environnemental/
Fonctionnel
•Inaccessibilité aux toilettes
•Manque de soignant
•Tr mobilité
•Tr de la cognition

The Journal of Urology Vol 175, S11-S15, 2006

Epidémiologie: sévérité de l'incontinence en fonction de l'âge

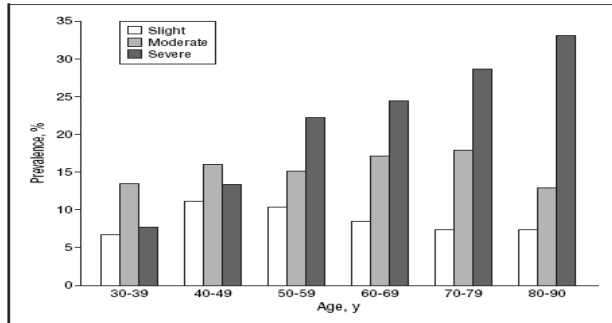


Figure. Urinary incontinence severity by decade of life.

Arch Intern Med. 2005;165:537-542

Epidémiologie chez la personne âgée

- 15- 30 % à domicile
- 30-40% chez les patients hospitalisés
- 50-60% en EMS
- Plus fréquent chez la femme (ratio 4:1 âge <60, 2:1 âge > 60, 1:1 âge > 80)

Souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée

- 32% des médecins seulement posent systématiquement des questions sur l'incontinence
- 50-75% des patients ne rapportent pas les symptômes à leurs médecins
- 80% des incontinenances peuvent être améliorées ou soignées
- utilisation de protections pendant des années

www.incontinence-urinaire.ch

Impact de l' incontinence urinaire

- **Physiques:**
 - odeur/inconfort
 - ulcères de pression
 - problèmes cutanés
 - IU/urosepsis
 - chutes/fractures
 - Dysfonction sexuelle
- **Psychologiques:**
 - honte
 - stigmatisation
 - dépendance
 - dépression
 - Isolement social
 - ↓ Qualité de vie
- **Risques**
 - Déclin fonctionnel
 - institutionnalisation
 - fardeau du soignant
- **Coûts**
 - 30 milliards/année (USA)
 - (plus que la dialyse et la chirurgie coronarienne combinées)



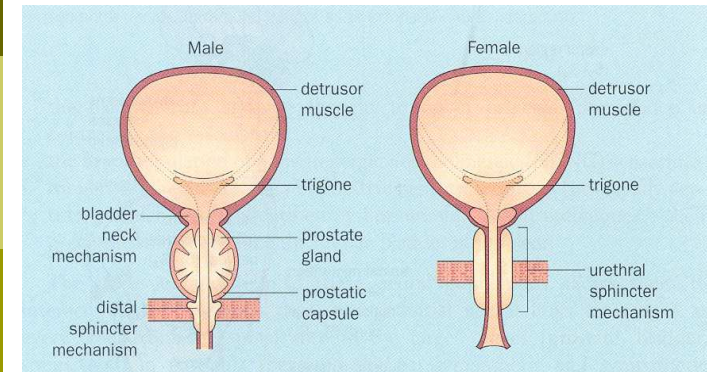
Impact de l'incontinence urinaire:

Duration of UI (n = 4985)			
0-5 years	3288	66	64.7-67.3
5-10 years	994	20	18.8-21.0
> 10 years	703	14	13.1-15.0
Impact of incontinence (n = 6795)			
No problem	1369	20	19.2-21.1
A small nuisance	3155	46	45.2-47.6
Some bother	1599	24	22.5-24.5
Much bothered	393	6	5.2-6.3
A great problem	279	4	3.6-4.6
Consulted a doctor about UI (n = 6625)			
Yes	1745	26	25.3-27.4
No	4880	74	72.6-74.7

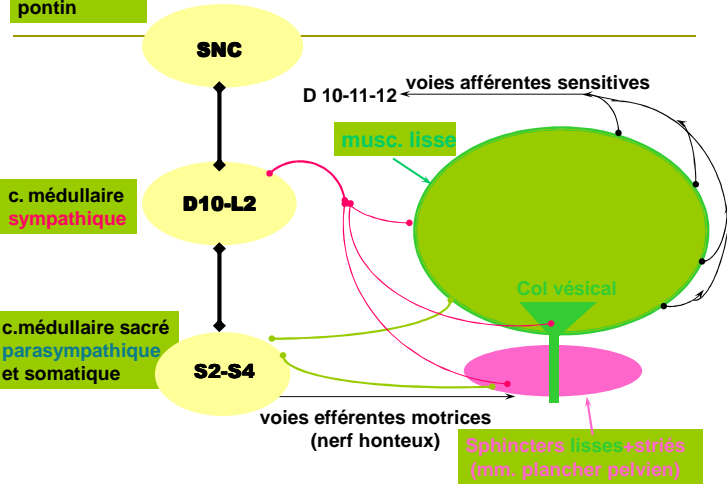
34 %

Journal of Clinical Epidemiology 53 (2000) 1150-1157

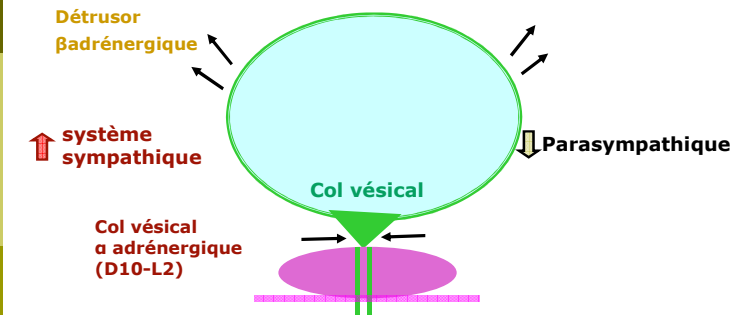
Les structures anatomiques



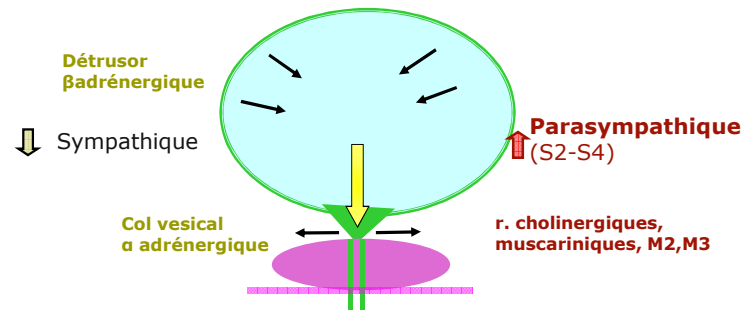
Innervation



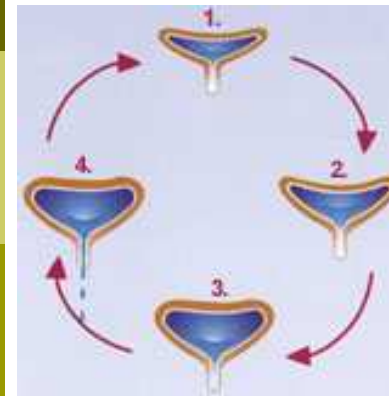
Phase de remplissage



Miction



La miction



1. Vessie « vide » : résidu post-mictionnel inf. à 50ml
2. Premier besoin (B1) : 150-200ml
3. Second besoin (B2) : env 300ml
4. Capacité vésicale maximale : 400-600ml

Vieillesse normale

- \searrow de la compliance vésicale (\downarrow capacité)
- \searrow de la contractilité du détrusor (collagénose vésicale)
- \nearrow des contractions involontaires du détrusor
- \nearrow du volume résiduel (50-100 ml)
- \searrow de la pression urétrale (F)
- Hypertrophie de la prostate (M) (50% obstruction)
- Atrophie vaginale et urétrale
- Mictions à prédominance nocturne (nycturie 1-2x)

Contenance: conditions

- Intégrité de la fonction et innervation du tractus urinaire
- Mobilité
- Dextérité (ostéo-arthrose)
- Cognition (démence, delirium)
- Motivation (dépression)
- Environnement adéquat

Les types d'incontinence

Incontinence transitoire
« fonctionnelle »

Incontinence urinaire

- I. Type urge
- I. de stress
- I. mixte
- I. par regorgement
 - Obstruction
 - Hypocontractilité du détrusor

Causes d'incontinence transitoire

- **D** delirium/état confusionnel
- **I** infection urinaire
- **A** atrophie vaginale
- **P** pharmacologique (BZP, AC, diurétique, IEC)
- **E** excès hydrique, polyurie (hyperglycémie, ICC)
- **R** restriction ou diminution de la mobilité
- **S** stool impaction/fécalome (10% pt hospitalisés)

Associé ou non à une pathologie urinaire

1/3 de cas!

Récent et potentiellement réversible !

D'après Kane, Ouslander et Abrass

Incontinence transitoire: les médicaments

□ Rétention

- α-adrénergiques (décongestif nasal)
- Anticholinergiques (neuroleptiques, tricycliques, anciens antihistaminiques)
- Anticalciques (↓ contraction)
- Opiacés (sédation, constipation)

□ Incontinence de stress

- Diurétiques
- IEC (toux)
- α -Bloquants (prazosin)
- Alcool/Caféine/Théophylline (polyurie)
- Cholinergiques, anti-démenciels, (Aricept)

Incontinence type « urge »

□ Vessie hyperactive (hyperactivité du détrusor).

Le patient se plaint de **ne pouvoir retenir** suffisamment longtemps ses urines lorsque l'envie survient (courir aux toilettes). Il s'ensuit une perte d'urine correspondant au **volume total** que contenait la vessie.

Associée à une polyurie, dysurie ou nycturie. VPR normal

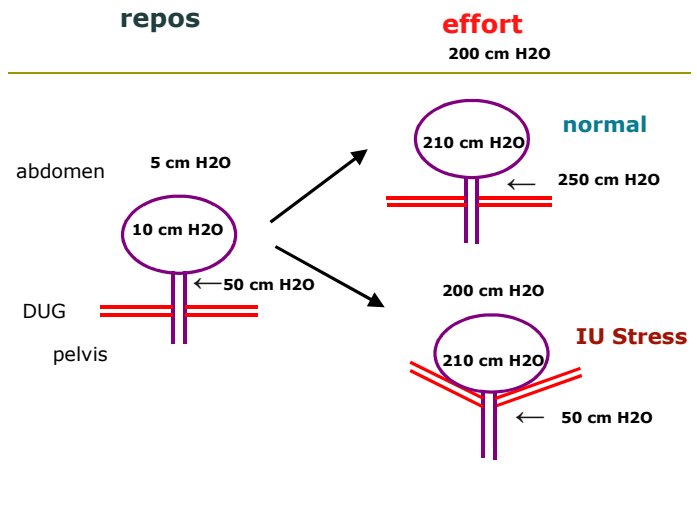
- **Irritation locale**: infection, tumeur, lithiase
- **Troubles du SNC** (lésion de voie inhibitoire): AVC, démence, Parkinson

cause la plus fréquente chez la personne âgée

Incontinence type « stress »

- ❑ Perte d'un petit **jet** d'urine lors d'un **effort** (toux, exercice, rire, etc...) lors d'une augmentation de la pression intra-abdominale sans contraction vésicale. Volume post-résiduel (VPR) normal.
- ❑ **Causes:**
 - faiblesse du plancher pelvien (DUG) avec insuffisance de la jonction uréthro-vésicale
 - déficience intrinsèque du sphincter (peu fréquente). Suite trauma chirurgical (post prostatectomie) ou atrophie sévère post-ménopausique chez la femme. Pertes aux efforts minimaux (marche)

cause plus fréquente ♀ jeune et 2ème cause chez ♀ âgée ♂ après TURP



Incontinence par regorgement

- ❑ Pertes **constantes** des urines avec sensation de vidange vésicale incomplète. **VPR↑**
 - Obstruction anatomique (prostate, sténose urétrale, alpha-agoniste, fécalome. **2ème cause ♂**). Cystocle, post-op chez la ♀.
 - Atonie du détrusor: atteinte neurologique (5-10%) (diabète, sclérose en plaque, lésions médullaires)
 - Dysnergie vésico-sphinctérienne: neurologique, parkinson

Conséquences graves: infection, sepsis, insuffisance rénale, risque fatal.

Hypo contractilité du détrusor.

- ❑ 2/3 des patients incontinents en EMS. 10% des PA
- ❑ Rétention urinaire chronique secondaire à une hypocontractilité du détrusor (DU: detrusor underactivity) surajouté à une vessie hyper réactive.
- ❑ Symptômes atypiques: fréquence, nycturie, rétention (↑ VPR), regorgement.
- ❑ Complications: urosepsis, calcul, hématurie, IR
- ❑ Difficile de traiter avec anticholinergiques (péjoration de la rétention), Catéthérisation intermittente. **Eviter SUAD!**
- ❑ Facteurs de risque: rétention aiguë, BPH (obstruction chronique), ménopause, fécalome, fx de hanche, immobilité, diabète, âge avancé, médicaments (anticholinergiques)

Journal of the American Geriatrics Society 54:1920-1932, 2006

Dépistage: 4 questions

Avez-vous des difficultés à rétenir les urines ou des sentiments d'urgence?

Avez-vous parfois de la peine à arriver à temps aux toilettes?

Avez-vous des pertes d'urine lors d'effort ou de toux?

Devez-vous parfois porter des protections?

Evaluation (1)

• Anamnèse

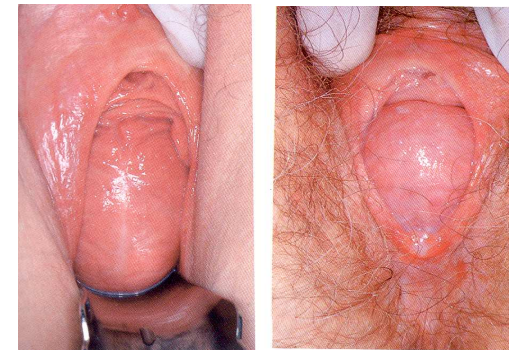
- Dépistage
- Symptômes: début, fréquence, nycturie, volume, sensation de vidange incomplète, précipitant (caféine, diurétiques, OH, toux, médic)
- Type: urge: besoin impérieux. Stress: pertes avec toux, rire. Regorgement: perte continue. ...
- Antécédent d'opération uro-gynécologique
- Evaluer le retentissement émotionnel (QoL), entourage
- Facteurs associés: élimination fécale, dysfonction sexuelle, comorbidités,

Evaluation(2)

□ Examen physique

- Général: dépendance fonctionnelle et troubles cognitifs
- Cardiovasculaire: IC, œdèmes
- Abdominal: Toucher rectal (tonus, fécalome)
- Ostéo-articulaire: mobilité, dextérité
- Neurologique; status mental, sténose cervicale, déficit moteur/sensitif
- Génito-urinaire: taille de la prostate, phimosis, prolapsus, atrophie vaginale.

Examen Physique



Cystocèle

Rectocèle

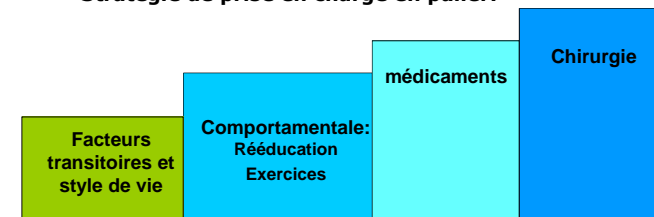
Evaluation (3)

□ Tests:

- Laboratoire: fonction rénale, sédiment urinaire. Glucose, calcémie, B12
- Volume post-residuel: cathétérisation ou US
 - >200ml obstruction
- Grille mictionnelle: report sur 3 jours, estimation de l'utilisation de protection.
- Examen urodynamique, pas de routine. si diagnostic pas certain ou pre-op.

Prise en charge

- Individualisé selon les attentes et les possibilités du patient et de l'entourage
- Stratégie de prise en charge en palier:



Facteurs réversibles et style de vie

- Correction de causes transitoires, des problèmes médicaux (ICC,DM) et des médicaments qui contribuent à l'incontinence
- Réguler l'ingesta de liquides: éviter la caféine, l'alcool, éviter de boire le soir, éviter les diurétiques le soir
- Réduire la constipation
- Bandes de contention si œdème de stase
- Estrogènes topiques
- Perte de poids

Comportementales

□ Rééducation: I. type urge et stress.

- Résister à la sensation d'urgence. Retarder la miction
- Contraction du plancher pelvien
- Mictions à intervalles fixes progressifs (de 30- 60 min jusqu'à chaque 2 heures)
- Effet: plusieurs semaines

□ Exercices: I. type urge et stress

- « gymnastique » du plancher pelvien (KEGEL) set de 10 pour 8 sec. 3-4 fois /sem pendant 20 sem
 - › Bio-feedback
 - › Stimulation électrique
 - › Pessaires

www.healthinaging.org/public_education/tools

Comportementales

□ « Prompted voiding » I type urge

- Protocole de soins spécifique pour patients avec troubles cognitives. Le patient est conduit aux toilettes à intervalles réguliers et fixes (toutes les deux heures) durant la journée.
- Interaction sociale et feed-back verbal positif
- Personnel motivé et qualifié

□ L'effectivité des exercices multidimensionnels pour le traitement de l'incontinence type stress chez des femmes japonaises dans la communauté (n=70)

- Après 3 mois d'exercices (fitness) 54,5% du groupe intervention et 9,4% groupe contrôle étaient continents
- La continence était positivement corrélée à une diminution du IMC et à l'augmentation de la vélocité de marche.

H Kim et al. JAGS 55: 1932-1939. 2007

□ Effet du biofeedback (BFB) sur les symptômes et le fardeau psychologique chez des femmes âgées avec I. type urge. (n=42)

- Après 8 semaines de BFB et rééducation, amélioration significative de l'incontinence (45%) et du fardeau psychologique en particulière chez des femmes avec antécédents dépressifs.

SD Tadic et al. JAGS 55: 2010-2015, 2007

Pessaire pour incontinence type stress



Les anticholinergiques

- Traitement de l'incontinence type urge ou mixte
- Plus efficaces si combinés à des thérapies comportementales
- Efficacité similaire (diminution de ~50% des épisodes d'incontinence type urge). Différence des effets secondaires, facilité d'emploi et coût
- Manque de réponse à une substance n'exclue pas une réponse à une autre

Les anticholinergiques

Non selectives (M2, M3)	Prix CHF
Oxybutyn: Ditropan ®. 2,5-5mg 2-3x/j, XL 1x/j Lyrinel Oros ® 1x/j	60cp= 37.40 90cp=300.95
Tolterodine: Détrusitol ® (SR) 4mg 1x/j	56cp=157.35
Trospium: Spasmo-urgénine ® 20 mg 2x/j	60cp= 53.95
Selectives (M3)	
Darifenacin: Emselex ® 7,5-15mg 1x/j	56cp=157.35
Solifenacin: Vesicare ® 5-10mg 1x/j	90cp=254.55.

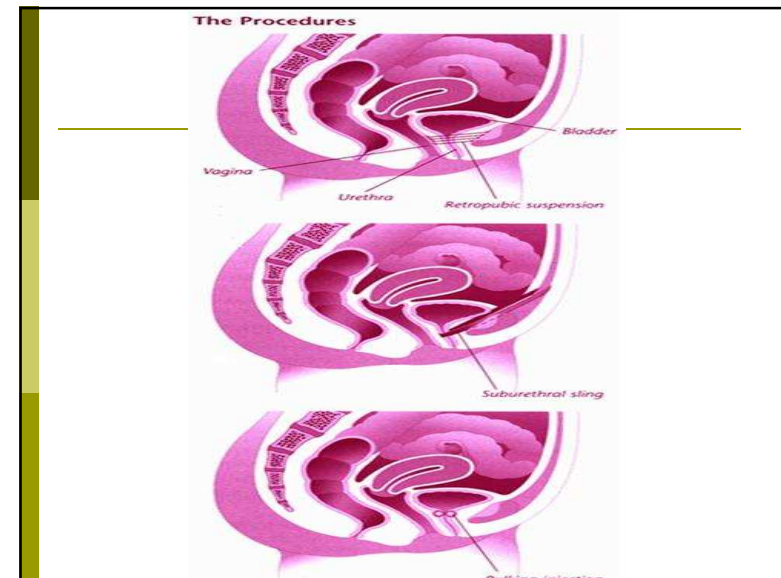
M2: cerveaux et cœur M3: vessie, gland salivaire, intestines

Les anticholinergiques: effets secondaires

Adverse event n (%)	12-week study (n = 114)	12-month open-label study (n = 188)
Dry mouth	42 (36.8)	63 (33.5)
Nasopharyngitis	6 (5.3)	50 (26.6)
Constipation	12 (10.5)	16 (8.5)
Diarrhoea	6 (5.3)	12 (6.4)
Arthralgia	1 (0.9)	11 (5.9)
Back pain	3 (2.6)	11 (5.9)
Headache	6 (5.3)	10 (5.3)

**Chez les patients âgés: bouche sèche, état confusionnel, rétention urinaire (√ VPR), tachycardie, constipation.
Moins de bouche sèche avec les ER (extend release)**

International Journal of Urology 2005 (12), p456-464



TVT (tension free vaginal tape)

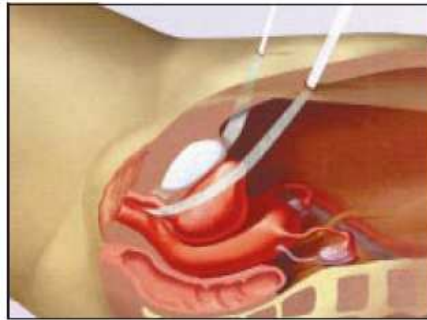


Fig 4 Tension free vaginal tape in situ (Ethicon)

BMJ VOLUME 321 25 NOVEMBER 2000

86 % guérison
11 % d'amélioration
bénéfique dans 95 %
des cas à 3 ans

Autres interventions

- Couches ou protections
- Cathétérisation chronique
 - Périurétrale ou suspubienne
 - À demeure ou intermittente
- Botox



Cathéters: à utiliser avec précaution!

- Morbidité importante: bactériurie, pyélonéphrite, néphro-lithiasis, lithiase vésical, épididimite..,
- Indications :
 - Décompression à court terme pour rétention urinaire aiguë
 - Rétention chronique réfractaire au traitement
 - Patients avec des plaies ou ulcères de decubitus
 - Patients très malades qui ne supportent pas les changements de position
 - Patients qui le demandent après avoir été informés des risques

Botox®

- Toxin botulinum A, produite par une bactérie et paralyse temporairement (3 à 6 mois) les muscles
- Indication: incontinence type urge sévère.
- Injection intra vésicale afin de diminuer les contractions et les épisodes de pertes urinaires
- Complications: rétention urinaire

Conclusions:

- ❑ **L'incontinence urinaire est fréquente, sous-diagnostiquée, et a des conséquences importantes sur la qualité de vie, la morbidité et le coût.**
- ❑ **Chez la personne âgée elle est souvent multifactorielle (syndrome gériatrique), mais non inéluctable.**
- ❑ **La recherche des causes des incontinenes transitoires réversibles est essentielle (médicaments)**
- ❑ **Le diagnostique: anamnèse, exam physique, test: labo, sédiment, VPR, grille mictionnelle.**
- ❑ **Prise en charge: selon les attentes et les possibilités du patient et de son entourage**