

Incontinence Urinaire du patient âgé

Dr Vétel. Gériatre. Le Mans
Pr Pigné. Gynécologue. Paris

 **ROTTAPHARM** | 



L'incontinence urinaire

1. *Définitions*
2. *L'incontinence urinaire*
3. *Diagnostic*
4. *Prise en charge et traitements*

Les principaux termes de l'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est définie par toute perte involontaire d'urine³

- Polyurie :  du volume quotidien d'urine
- Pollakiurie :  du nombre quotidien de mictions
- Nycturie :  du nombre de mictions la nuit
- La rétention d'urine : absence de vidange complète de la vessie par la miction
- Urgenturie : Le besoin impérieux ou impériosité urinaire ou urgence mictionnelle (envie urgente et irrépessible d'aller uriner)

Impact fort sur la qualité de vie⁴

- Limitation des activités,
Surtout : Perte du contrôle de leur corps
→ Perte d'autonomie

Perte de l'estime de soi
Peur de la fuite

Isolement

Dans les Faits

- Peu de patientes consultent pour ce motif
- La prise en charge diagnostique et thérapeutique est mal connue
- Le sujet est tabou
- Elle peut être symptomatique d'autres pathologies, qui peuvent bénéficier d'un traitement spécifique.

Vérités premières sur l'incontinence urinaire

Pas un handicap lié à l'âge, mais une maladie aux étiologies multiples, à laquelle il faut appliquer un traitement adapté

→ On peut la prévenir et la guérir

Le vieillissement seul NE PROVOQUE PAS D'INCONTINENCE URINAIRE. MAIS^{5,6}

- Il existe des changements physiologiques liés à l'âge:
 - Diminution de la capacité de la vessie
 - Augmentation du résidu post mictionnel
 - Contractions vésicales involontaires plus fréquentes
 - Atrophie du sphincter urétral
 - Carence oestrogénique (vagino, vésico, sphinctéro, urétrale)
 - Relâchement des structures du plancher pelvien
- Des conséquences d'autres pathologies plus fréquentes avec l'âge:
 - Troubles de la mobilité (distance des WC)
 - Altération progressive des fonctions cognitives et des voies neurologiques
 - Prise de médicaments ayant des effets adverses sur les mécanismes de continence urinaire

Médicaments favorisant l'incontinence urinaire, surtout en cas de polymédication⁶

- Diurétiques,
- Médicaments diminuant le tonus urétral (alpha-bloquants),
- Médicaments favorisant une rétention urinaire et une incontinence par regorgement : antidépresseurs imipraminiques, antipsychotiques, antiparkinsoniens, antihistaminiques, analgésiques morphiniques, alpha-sympathomimétiques — y compris, en particulier, certains médicaments vendus sans ordonnance, comme les décongestionnants nasaux, bêta-sympathomimétiques, inhibiteurs calciques,
- Médicaments à effet sédatif (psychotropes, antihistaminiques et analgésiques morphiniques déjà cités, hypnotiques et anxiolytiques).

Evolution des sphincters

- Le tonus sphinctérien lisse et strié, ainsi que la force de contraction des muscles du plancher pelvien, diminuent avec l'âge (rôle de la carence oestrogénique +++)
- Masquée chez l'homme par un durcissement de la prostate qui tend à le "protéger" de l'incontinence (Attention rétention!)

Evolution du contrôle nerveux

- L'avance en âge, et surtout le très grand âge, vont de pair avec un moins bon contrôle nerveux de la fonction vésicale
- Toute baisse passagère (iatrogène ou non) ou définitive de l'efficacité intellectuelle peut - en venant s'ajouter aux faiblesses physiologiques décrites plus haut - pousser le sujet âgé dans l'incontinence

Les facteurs « précipitants »:

- Les facteurs dits "précipitants" sont capables d'induire une incontinence, facteurs généralement accessibles à un traitement simple
- Quand l'incontinence est d'apparition récente, on doit les rechercher systématiquement.
- Après leur suppression, la moitié des patients redevient continent, nous les verrons plus loin

Les facteurs « précipitants⁶ »

- L'augmentation de l'âge, en particulier pour l'incontinence urinaire par impériosité ;
- La ou les grossesses antérieures ;
- Les antécédents d'accouchement par voie vaginale et de traumatismes gynéco-obstétricaux en général : forceps, ventouses, déchirures (le rôle aggravant ou protecteur de l'épisiotomie n'est pas prouvé) ;
- La multi-parité (trois enfants ou plus) ;
- Les antécédents de chirurgie pelvienne (hystérectomie) ou abdominale ;
- L'obésité ;
- L'activité physique intensive ;
- L'énurésie dans l'enfance.

Les mécanismes de l'incontinence urinaire³

Il existe 3 types d'incontinence urinaire :

- L'incontinence urinaire d'effort
- L'incontinence urinaire par impériosité aussi appelée Hyperactivité Vésicale, ou Urgenturie
- L'incontinence urinaire mixte

Types d'incontinence urinaire⁵

L'incontinence urinaire d'effort :

Caractérisée par une fuite involontaire d'urine, non précédée d'une sensation de besoin d'uriner et qui survient à l'occasion d'une élévation de la pression abdominale telle qu'un effort de toux, soulèvement de charge ou de toute autre activité physique.

Ex : toux, rire, éternuement, soulèvement de charges, marche, montée d'escalier ou le simple fait de se lever.

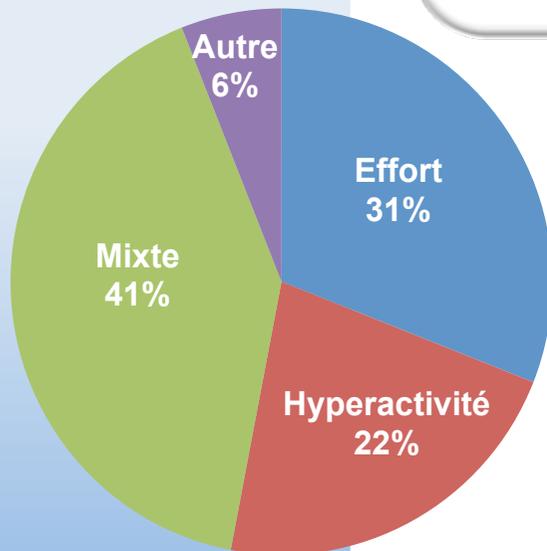
L'incontinence urinaire par impériosité mictionnelle :

Caractérisée par une perte involontaire d'urine précédée par un besoin urgent et irrépressible d'uriner aboutissant à une miction qui ne peut être contrôlée.

Elle peut survenir lorsque les mains entrent en contact de l'eau froid, le bruit de l'eau qui coule, sous le coup des émotions, syndrome de la clé dans la porte..

L'incontinence urinaire mixte :

Combine les deux types précédents



Part relative de chaque type
chez femmes > 60 ans¹

Incontinence urinaire d'effort

Mécanisme de l'incontinence urinaire d'effort



L'urètre est représenté par le tuyau, le plancher pelvien par le sol, la pression abdominale par le pied.



1. La patiente est continente. Sous l'effet de la pression abdominale, l'urètre s'écrase facilement contre un plancher pelvien tonique.



2. La patiente est incontinente. L'urètre ne peut s'occlure, car il repose sur un plancher pelvien relâché.



3. La patiente n'est plus incontinente. En renforçant le plancher pelvien sous urétral, la bandelette TVT joue le rôle d'un soutien représenté par la planchette.

Un principe simple de soutien du plancher pelvien

A quoi est due cette Incontinence urinaire d'effort?

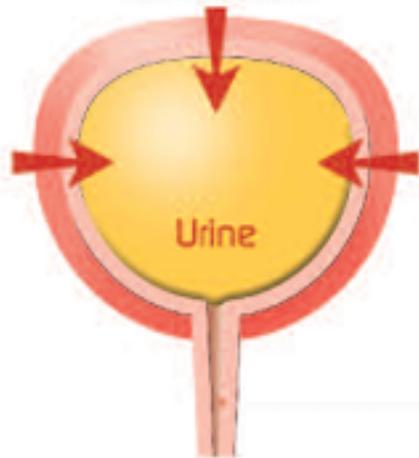
➤ Accouchement du premier enfant fragilise le périnée

« Le plus souvent l'incontinence urinaire d'effort est un phénomène acquis, l'accouchement représentant le principal facteur de risque identifié ».⁵

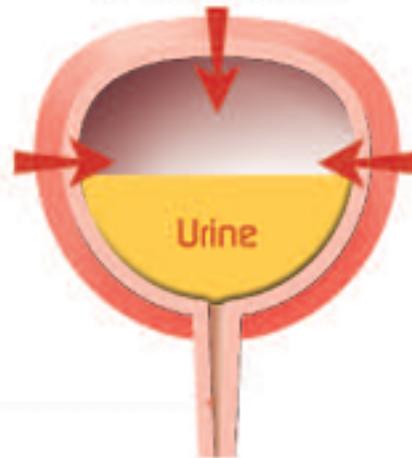
Urgenturie³

*Syndrome urinaire à type de mictions impérieuses
avec ou sans incontinence,
associé le plus souvent à une pollakiurie et une nycturie*

Une vessie normale
ne se contracte que si
elle est pleine



Une vessie hyperactive
se contracte avant
qu'elle soit pleine



**Hyperactivité
vésicale**

pollakiurie, incluant
la nycturie

impériosité

Incontinence
par
impériosité

A quoi est due cette hyperactivité vésicale?

Examens complémentaires à réaliser dans le bilan initial d'une incontinence urinaire par urgenturie⁶

➤ La recherche d'une infection urinaire par bandelette urinaire ou par examen cyto bactériologique des urines (ECBU) est recommandée :

- chez toute femme présentant une incontinence par impériosité ou mixte ;
- chez toute femme âgée ou qui porte régulièrement des protections à cause de son incontinence urinaire, quel que soit le type de l'incontinence urinaire ;
- avant la réalisation d'un bilan urodynamique ou d'une cystoscopie.

Il peut y avoir des infections urinaires (cystite ou urétrite) sans douleur post ou per-mictionnelles caractérisées.

➤ La recherche systématique d'un fécalome ou d'une constipation

➤ Les « excitants » : thé, café, alcool..

En l'absence de ces étiologies il s'agit d'un urgence mictionnelle idiopathique

Critères diagnostiques d'une incontinence et de son type⁶

❖ Diagnostic **positif** d'une incontinence urinaire :

C'est avant tout un **diagnostic d'interrogatoire** : pour la mise en évidence d'une incontinence urinaire une question simple, par exemple

« **Vous arrive-t-il d'avoir involontairement des pertes ou des fuites d'urine ?** »

→ *Sans utiliser le terme d'incontinence urinaire potentiellement disqualifiant pour la patiente.*

Diagnostic du type d'incontinence urinaire

→ Bien conduire l'interrogatoire

L'interrogatoire du patient ou de l'entourage cherche à préciser les modalités d'installation de l'incontinence :

→ Chez la femme :

Dès l'accouchement? A la ménopause?

Suite aux interventions gynécologiques?

→ Chez l'homme:

Par rapport aux interventions chirurgicales.

Son type probable

- **Urgences mictionnelles** dans un contexte de pollakiurie et d'impériosité
- **Incontinence à l'effort**, pour des efforts d'intensité variable
- **Incontinence mixte**, impériosité + effort : les quantifier
- Episodes de rétention et d'incontinence évoquant des mictions par regorgement
- Il est souhaitable d'obtenir du patient ou de l'entourage la réalisation d'un **calendrier mictionnel**
- Enfin, l'interrogatoire permet d'évaluer l'**état des fonctions supérieures**, les conséquences sociales de l'incontinence, l'intensité d'une éventuelle dépression et la volonté de la patiente d'agir.

Examen Clinique

- Vessie pleine, en recherchant des fuites à l'effort (toux), des besoins déclenchés par une stimulation (main dans l'eau froide, eau qui coule)
- Post-mictionnel : résidu post-mictionnel? cathéter vésical ou, au mieux, échographie
- Les urines recueillies feront l'objet d'un examen cytobactériologique
- L'examen est complété chez l'homme par un toucher prostatique et chez la femme par un examen gynécologique à la recherche d'un prolapsus utérin et un globe vésical.

Prise en charge chez les personnes âgées

« On ne trouve cette maladie que si on la cherche »

« Eponger n'est pas traiter »



Les traitements et mode de prise en charge⁶

➤ Traitements de l'incontinence urinaire d'effort :

➔ **La rééducation périnéale avec ou sans biofeedback si les fonctions supérieures sont conservées**

(sages-femmes, kinésithérapeutes, électrostimulation)

➔ **Le traitement chirurgical :**

(Bandelettes sous urétrales)

Il est des cas où le traitement chirurgical de première intention est formellement indiqué, lorsque l'incontinence est associée à des lésions anatomiques graves dont le seul traitement est la chirurgie : prolapsus, adénome/cancer prostatique

➤ Traitement de première intention de l'hyperactivité vésicale idiopathique avec ou sans incontinence :

➔ **Le traitement médicamenteux anti-cholinergique**

Recommandations⁷

Incontinence effort

- Rééducation périnéo-sphinctérienne
- Oestrogénothérapie

Si échec

- **Traitement chirurgical:**
 - Bandelettes sous-urétrales
 - Colosuspension
 - Injections endo-urétrales
 - Sphincter artificiel

Incontinence idiopathique par impériosité

- Règles Hygiéno-dietétiques
- Anticholinergiques

Si échec

- **Electrostimulation du nerf tibial postérieur (relaxation vésicale)**
 - **Chirurgie d'agrandissement vésicale**

Incontinence Urinaire Mixte

- Règles Hygiéno-dietétiques
- Rééducation périnéo-sphinctérienne
- Anticholinergiques

Si échec

- **Traitement de la composante la plus gênante**

Les Anticholinergiques



Le traitement médicamenteux : Les anticholinergiques

Un traitement par anticholinergique peut être proposé, en première intention, ou après échec d'un traitement comportemental et/ou d'une rééducation (grade B).
Il est prescrit :

- Après élimination d'une infection urinaire, d'un fécalome et d'une rétention urinaire avec miction par regorgement;
- En l'absence de contre-indications à l'utilisation des anticholinergiques (glaucome à angle aigu) et en l'absence d'un traitement par anticholinestérasiques déjà en cours.*

Lorsqu'un traitement par anticholinergique est envisagé la patiente est prévenue :

- Des effets secondaires éventuels (sécheresse buccale, constipation, confusion),
- Du délai d'apparition de l'efficacité maximale (qui peut aller jusqu'à 5 à 8 semaines) et de la nécessité de consulter en l'absence d'efficacité après ce délai (surtout s'il s'agit d'un traitement anticholinergique « d'épreuve » prescrit sans bilan urodynamique préalable)

Définition Grade B : Le niveau de preuve d'une étude caractérise la capacité de l'étude à répondre à la question posée.

Le grade B signifie que l'étude clinique est bien conduite mais sans essai contrôlé randomisé

Les anticholinergiques chez la personne âgée fragilisée

Dans le cas particulier de la personne âgée fragilisée, il est proposé, de plus :

- De faire préalablement au traitement une évaluation des fonctions cognitives et de les surveiller au cours du traitement anticholinergique ;
- De réaliser une échographie vésicale par voie sus-pubienne pour éliminer un résidu post-mictionnel avant de prescrire un anticholinergique ;
- De diminuer la posologie initiale de l'oxybutynine, de la toltérodone et du chlorure de trospium de moitié par rapport aux posologies indiquées, et pour l'oxybutynine d'espacer les prises (2 prises au lieu de 3, une le matin, une le soir) ;
- De surveiller particulièrement l'apparition d'un globe vésical.

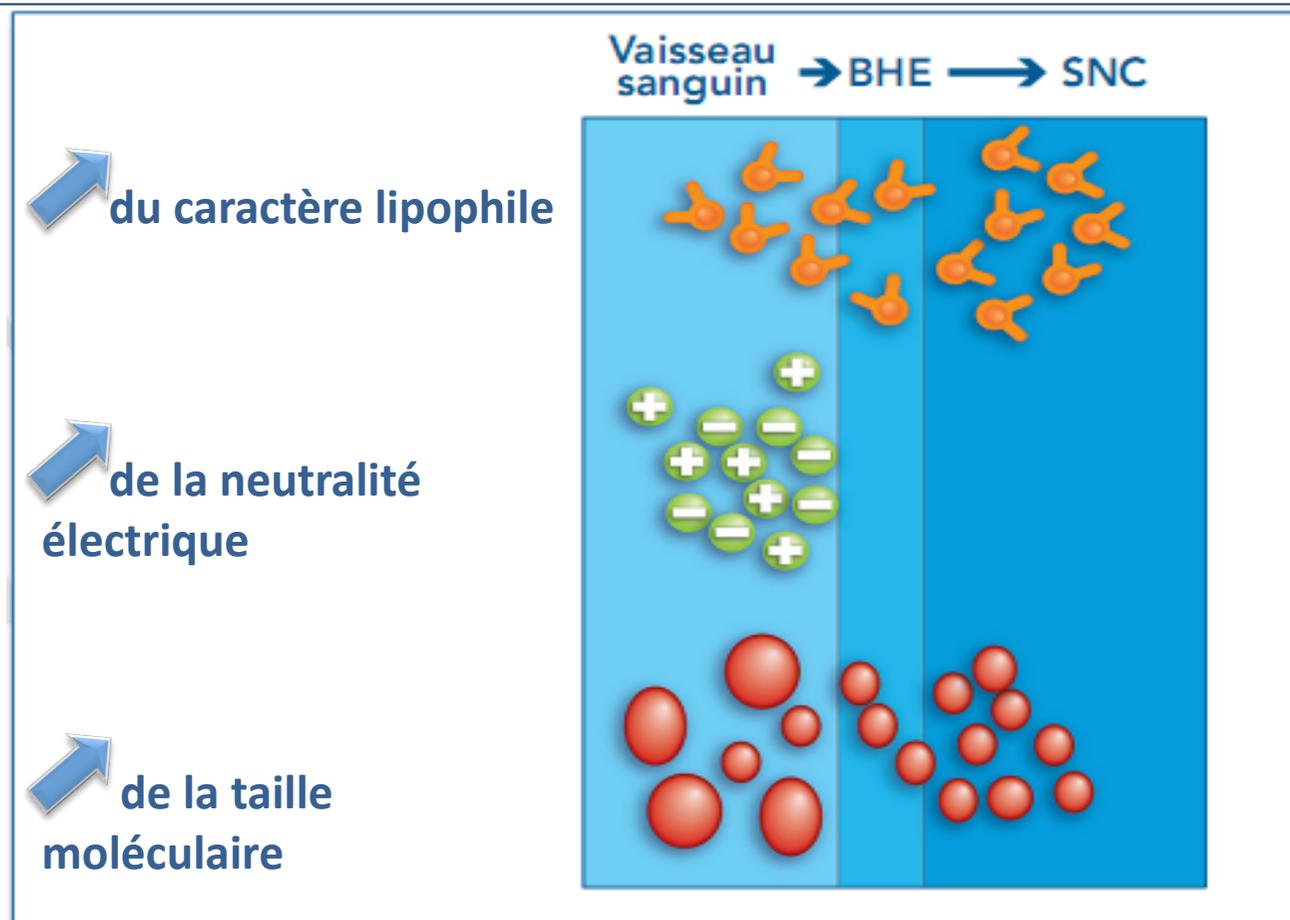
Une personne âgée fragilisée :

En absence de définition standard, la fragilité peut être définie comme un état médico-social instable rencontré à un moment donné de la vie d'une personne âgée. Les principales caractéristiques d'une personne âgée fragilisée sont : l'âge supérieur à 85 ans, la polymédication, l'altération des fonctions cognitives, la dépression, la dénutrition, les troubles neurosensoriels, l'instabilité posturale, la sédentarité, la perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne et l'isolement socio-familial.

Prévenir les effets centraux

➤ Privilégier les anticholinergiques qui ne passent pas la Barrière Hémato-Encéphalique

Facteurs influençant la pénétration de la Barrière Hémato Encéphalique⁷



8. Scheife R, Takeda M. Central nervous system safety of anticholinergic drugs for the treatment of overactive bladder in the elderly. Clin Ther.

	Oxybutynine	Chlorure de Trosipium	Solifénacine	Toltérodine	Flavoxate
Propriétés pharmacodynamiques	Anticholinergique Lipophile	Anticholinergique Hydrophile	Anticholinergique Lipophile	Anticholinergique Lipophile	Myorelaxant
Posologie et modalités de prises	2 à 3 cp / jour Instauration progressive des doses	1 x 2 cp à distance des repas	1 cp / jour	1 à 2 cp / jour	3 cp / jour
Risques d'interactions médicamenteuses pharmaco-cinétique	Métabolisation hépatique CYP450	Pas de métabolisation hépatique	Métabolisation hépatique CYP450	Métabolisation hépatique CYP450	-
Tolérance Effets secondaires	Effets anticholinergiques (sécheresse de la bouche, dyspepsie, constipation), Tachycardie, troubles de la vision, effets cognitifs et périphériques	Effets anticholinergiques (sécheresse de la bouche, dyspepsie, constipation), tachycardie, troubles de la vision,	Effets anticholinergiques (sécheresse de la bouche, dyspepsie, constipation), tachycardie	Effets Anticholinergiques (sécheresse de la bouche, dyspepsie, constipation), tachycardie, troubles de la vision, effets cognitifs et périphériques	Rares Effets secondaires : constipation, sécheresse de la bouche, maux de tête, nausées
Effets secondaires centraux		Très rare EI SNC	Rare EI SNC		
CTM* en euros	9,84€	9,84€	36,1€	38,7 à 78€	13,5€
Remboursement SS	30%	30%	30%	NR	15%

Références

1. *Hunskar. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. BJU International 2004.*
2. *Milsom I and al., A Cross-Sectional, Population-Based, Multinational Study of the Prevalence of Overactive Bladder and Lower Urinary Tract Symptoms: Results from the EPIC Study. 2006 European Association of Urology*
3. *Haab F. et al. Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. Progrès en Urologie 2004.*
4. *Amarenco. Les scores de qualité de vie de l'incontinence urinaire de la femme. G. Amarenco. Correspondances en pelvi-périnéologie - n° 2, vol. 1 - avril-mai-juin 2001.*
5. *Haab F. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. 2007.*
6. *Anaes / Service des recommandations professionnelles / Mai 2003.*
7. *EAU Guidelines 2009.*
8. *Scheife R, Takeda M. Central nervous system safety of anticholinergic drugs for the treatment of overactive bladder in the elderly. Clin Ther.*