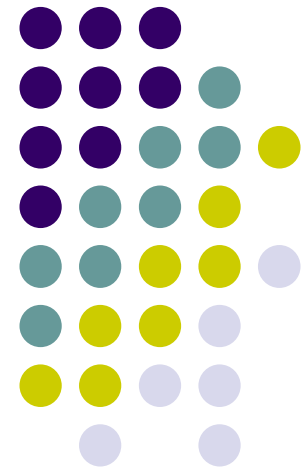
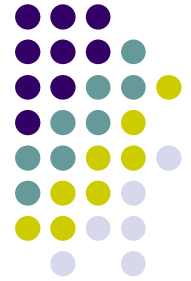


LE VIEILLISSEMENT UROLOGIQUE: INCONTINENCE URINAIRE

Dr WILLERY
Pôle Gériatrie CH ROUBAIX



LE VIEILLISSEMENT UROLOGIQUE: INCONTINENCE URINAIRE



1. DEFINITIONS
2. LE VIEILLISSEMENT URINAIRE
3. L'INCONTINENCE URINAIRE
4. CONCLUSION



1.DEFINITIONS



APPAREIL URINAIRE

- L'appareil urinaire est constitué de :
 - 2 reins
 - 2 uretères
 - 1 vessie
 - 1 urètre
- Chez l'homme:
 - La prostate



VOCABULAIRE

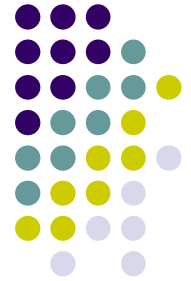
- **Anurie** = absence d'urine
- **Oligurie** = diminution de la production d'urine (<1l/24h)
- **Pyurie** = présence de pus dans les urines
- **Polyurie** = production d'urine importante (>2l/24h)
- **Pollakiurie** = mictions fréquentes
- **Dysurie** = difficulté ou douleur à l'émission d'urines
- **Hématurie** = présence de sang dans les urines
- **Glycosurie (glucosurie)** = présence de sucre en quantité anormale dans les urines



INCONTINENCE URINAIRE

- Définie par une perte involontaire d'urines objectivement constatée
- 10% des personnes âgées de 70 à 75 ans
- 25% des personnes âgées de plus de 85 ans
- 50 à 70% des sujets âgés vivant en institution
- Fréquence augmente avec l'âge
- Étroitement liée à la dépendance

INCONTINENCE URINAIRE



- Fréquence augmente avec l'âge
- Étroitement liée à la dépendance
- Prise en charge: 4 axes
 - Médicamenteuse
 - Rééducative
 - Psychologique
 - Chirurgicale



INCONTINENCE URINAIRE

- Retentissement psychologique:
 - Perte estime de soi
 - Isolement
 - Dépression, anxiété
 - Facteur de risque de désinsertion sociale, institutionnalisation
- Retentissement clinique:
 - Infections urinaires
 - Lésions cutanées

INCONTINENCE URINAIRE

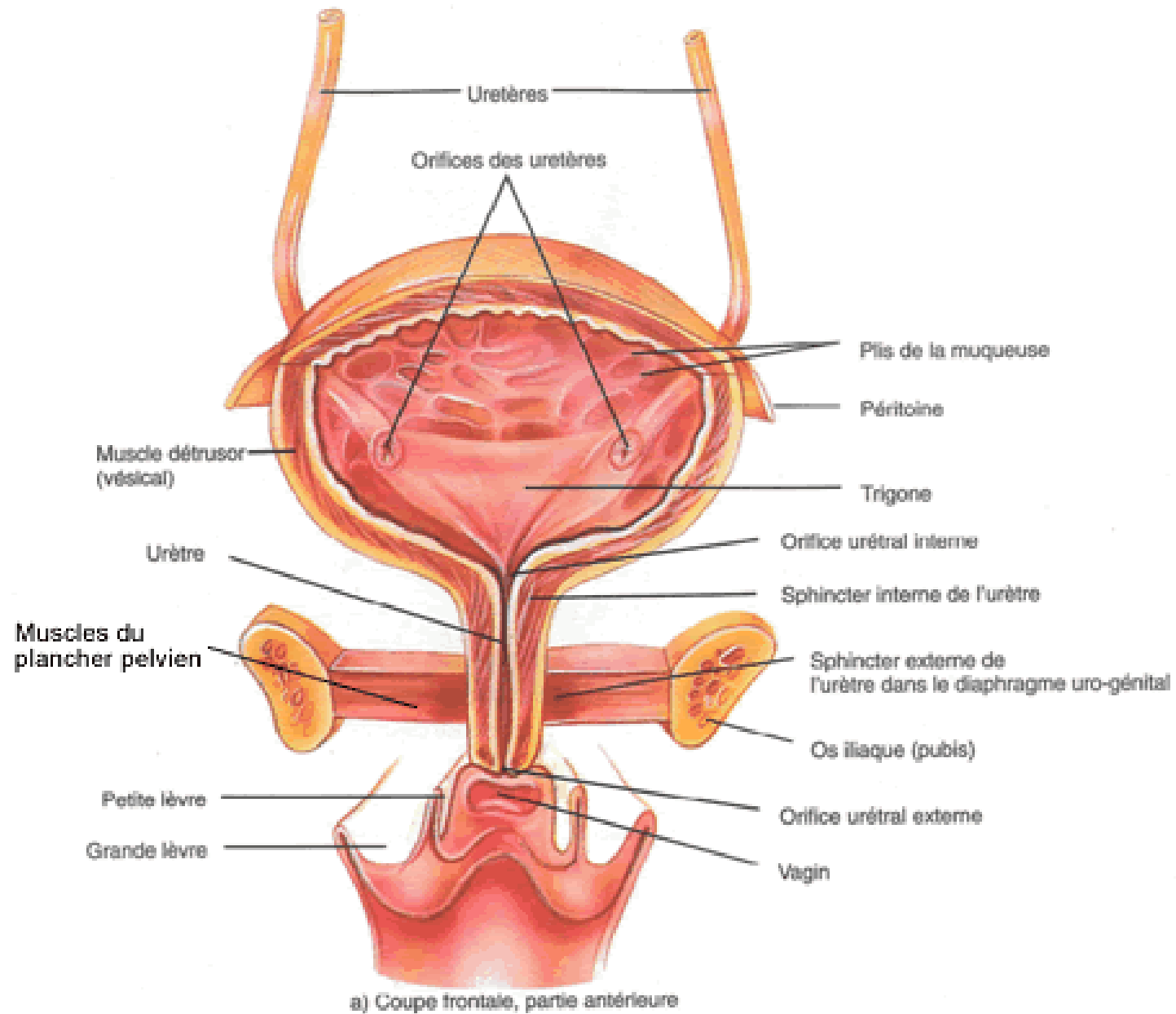
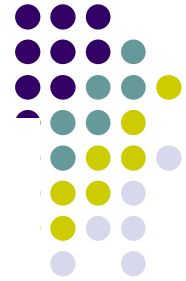


- Retentissement social:
 - 4,4 milliards d'euros par an :
 - 100 000 lits USLD et SSR occupés par des patients ayant une incontinence comme pathologie principale
 - 1 euro par personne et par jour en institution
 - 1500 euros par an à domicile
 - 2,25% des dépenses de santé (protections, médicaments, interventions)



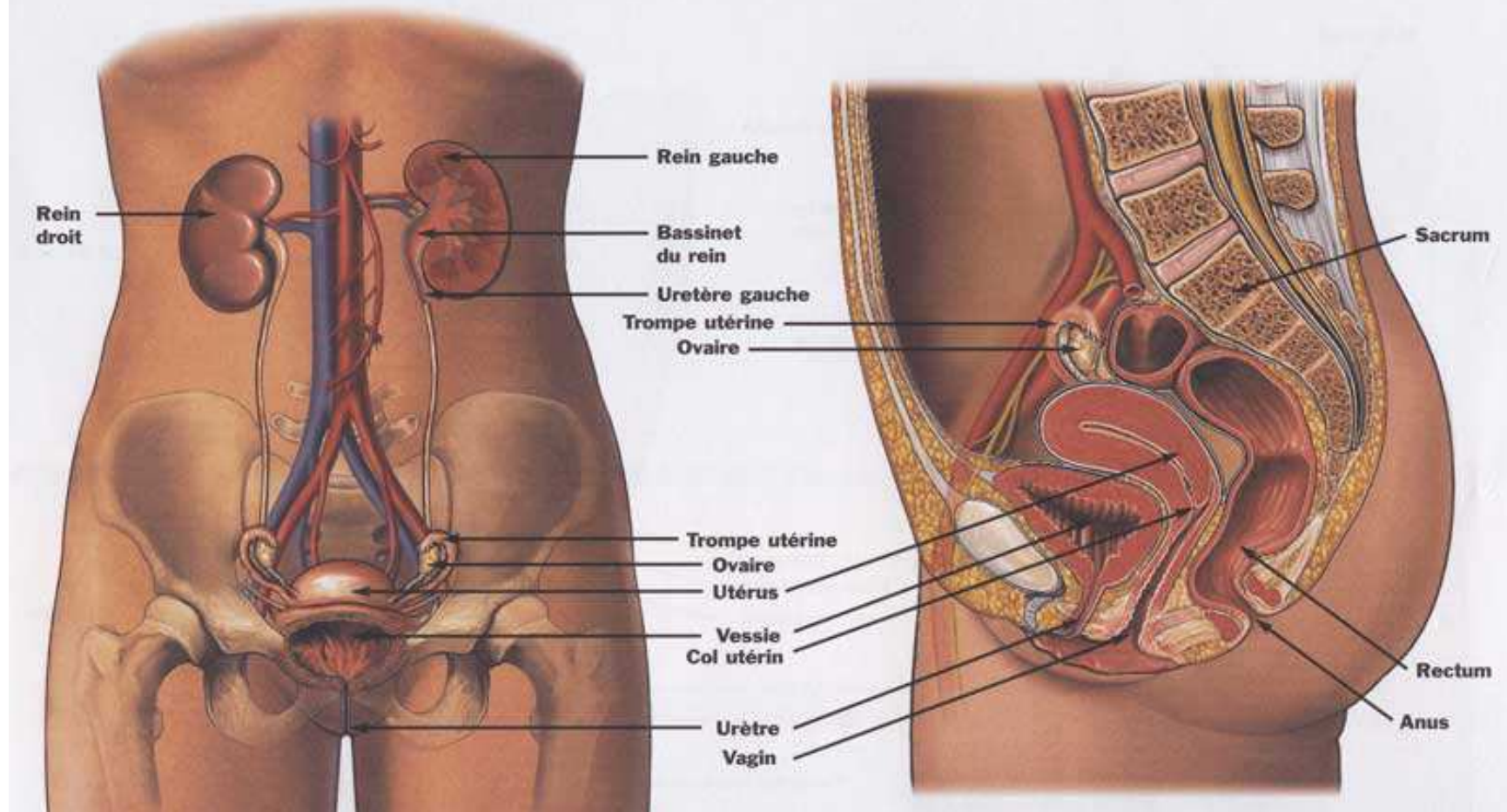
2. VIEILLISSEMENT URINAIRE

ANATOMIE

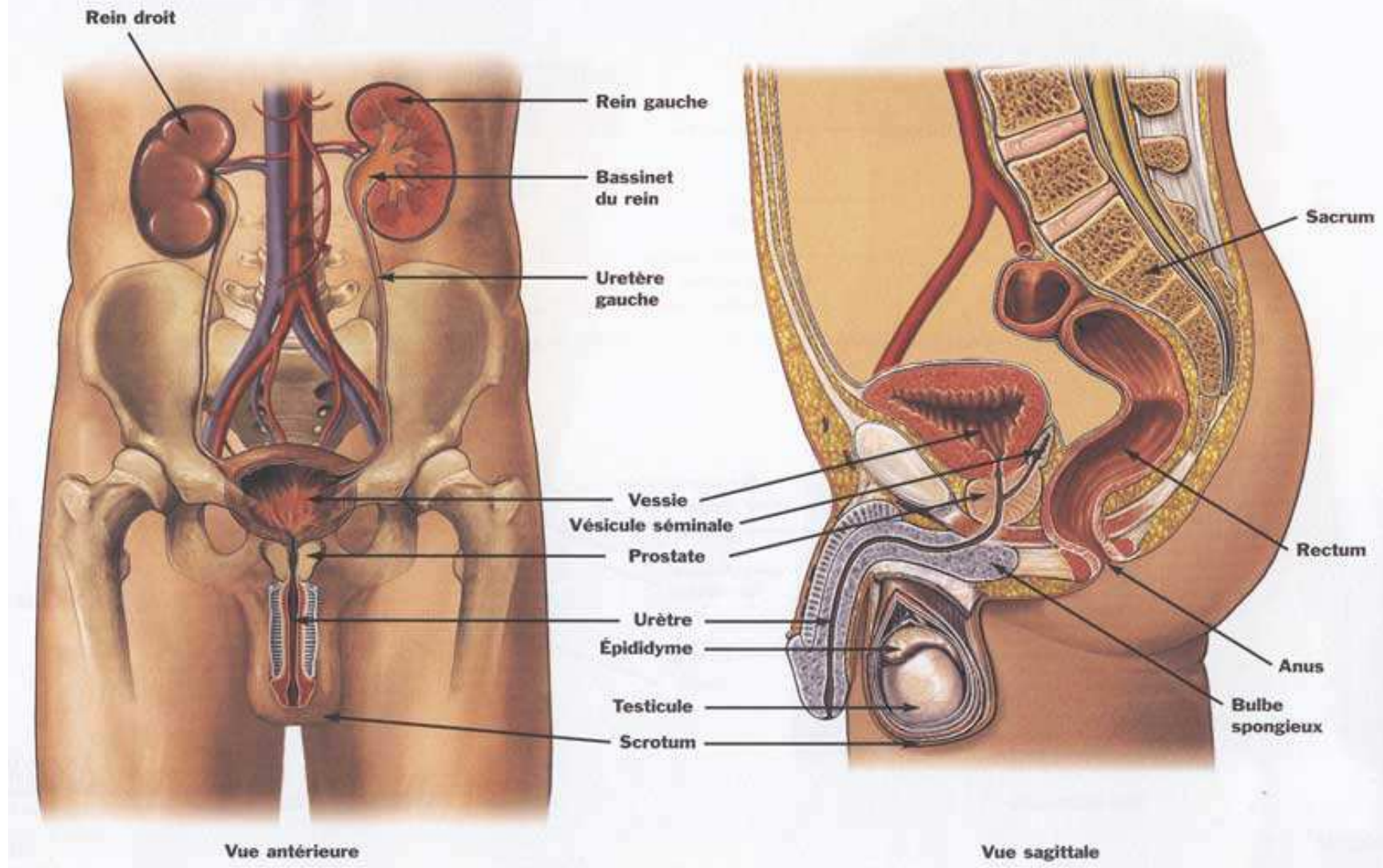




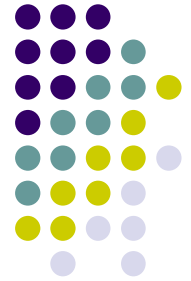
Appareil génito-urinaire de la femme



Appareil génito-urinaire de l'homme



LA CONTINENCE URINAIRE: mise en jeu de



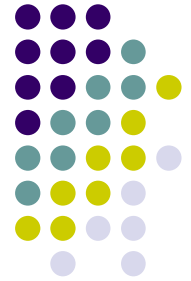
1. La vessie

- Muscle lisse creux (**détrusor**)
- Propriété = compliance
- 2 rôles:
 - réservoir pendant le remplissage (paroi inhibée)
 - miction: vidange par contraction

2. 2 sphincters

- Sphincter **interne** (fibres musculaires lisses) situé au niveau du trigone (jonction uréthro-vésicale)
- Sphincter **externe** (fibres musculaires striées de l'urètre et du plancher pelvien)
 - Contracté lors du remplissage
 - Relâché lors de la miction
 - Rôle complémentaire à celui de la vessie

LA CONTINENCE URINAIRE: mise en jeu de



3. Périnée

- Système de soutien situé à la partie inférieure du pelvis
- Constitué de:
 - Fascias (superficiel, moyen et profond)
 - Muscles (obturateur interne, élévateur de l'anus, transverse)
- Traversé par:
 - Anus
 - Organes uro-génitaux

⇒ Vessie et sphincters situés dans la cavité abdominale

⇒ Vessie et sphincters ont un rôle complémentaire

LA CONTINENCE URINAIRE: mise en jeu de



4. Contrôle neurologique

- Fonction corticales supérieures $\Rightarrow$ inhibent la miction
- Miction par circuit réflexe lorsque ce contrôle supérieur est levé
- Innervation de la **vessie** (muscle détrusor)
 $\Rightarrow$ par le système nerveux **parasymphathique** ($\text{para}\Sigma$)
- Innervation des **sphincters** $\Rightarrow$ par le système nerveux **sympathique** (Σ)
- Coordination vésico-sphinctérienne $\Rightarrow$ par le tronc cérébral

PHYSIOLOGIE DE LA MICTION



1. Atteinte de la capacité de remplissage physiologique (300 ml)
2. Étirement de la paroi vésicale (remplissage passif)
⇒ transmission de l'influx nerveux au centres supérieur (information sur l'envie d'uriner)
3. Contraction du détrusor et relâchement du sphincter lisse (interne)
4. Miction volontaire par relâchement volontaire du sphincter strié (externe), par l'intermédiaire des nerfs moteurs somatiques

PHYSIOLOGIE



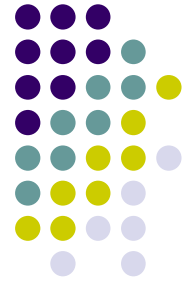
Continence

- Activation du Système Σ (médiateur Noradrénaline)
 - Inhibition du détrusor par activation des récepteurs β adrénergiques
 - ➔ tonus de l'urètre
- Activation des récepteurs α adrénergiques du sphincter lisse de l'urètre et du col de la vessie
- Renforcement de l'activité du sphincter strié
- Pas de contraction vésicale pendant le remplissage

Miction

- Activation du Système para Σ (médiateur Acétylcholine)
 - Contraction vésicale par inhibition des R β
 - Inhibition des R α du sphincter lisse et du col de la vessie
- Relâchement du sphincter strié (volontaire)
- La miction est :
 - Confortable,
 - indolore,
 - < 1 min,
 - débit de 15 ml/sec
 - complète

BESOINS MICTIONNELS



- Lors du remplissage vésical:
 - À 150cc: 1^{er} besoin
 - À 250cc: 2^{ème} besoin (besoin normal)
 - À 350cc: 3^{ème} besoin = besoin impérieux
- Capacité vésicale: 450cc

RÔLE DU VIEILLISSEMENT



- Diminution de la capacité et de la compliance
- Diminution capacité à inhiber la miction
- Nycturie
- Carence hormonale chez la femme âgée (oestrogènes) ⇒ troubles trophiques musculaires et des muqueuses

 prédisposition à **l'incontinence urinaire**

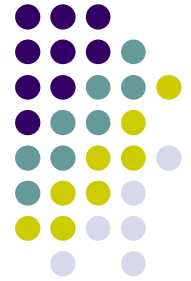


3. INCONTINENCE URINAIRE



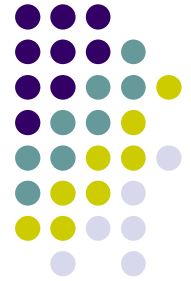
CLASSIFICATIONS

- Incontinence urinaire **organique**:
 - Liée à l'atteinte du système vésico-sphinctérien
- Incontinence urinaire **fonctionnelle**:
 - Liée aux difficultés de la personne et de son environnement (handicap physique, difficultés de communication, accès aux WC, ...)



CLASSIFICATIONS

- Incontinence urinaire **transitoire**:
 - Liée à une circonstance aiguë et le plus souvent réversible
 - Peut évoluer vers l'incontinence chronique
 - Erreur à éviter: mettre une protection d'emblée, sondage vésical, ...
 - Étiologies:
 - Incontinence fonctionnelles (immobilisation, accès aux WC, ...)
 - Iatrogénie
 - Infection urinaire (irritation vésicale → contractions)
 - Fécalome
 - Confusion
 - Syndrome de régression psychomotrice (chute)



CLASSIFICATIONS

- Incontinence urinaire **chronique**:
 - Incontinence vésicale:
 - Hypotonique: rétention chronique d'urine
 - Hypertonique: impériosité mictionnelle
 - Dyssynergie vésico-sphinctérienne
 - Incontinence urétrale:
 - Hypotonique: incontinence urinaire d'effort
 - Hypertonique: pathologie prostatique (adénome de prostate)
 - Incontinence mixte: (vésico-urétrale)
 - Incontinence urinaire d'effort
 - Prolapsus
 - Ptose

EXAMEN CLINIQUE



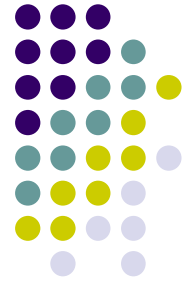
- Interrogatoire:
 - Du malade et de son entourage
 - Précise l'ancienneté du symptôme et sa fréquence
 - Circonstances déclenchantes (ex: effort)
 - Quantité et horaire des fuites urinaires (calendrier mictionnel)
 - Recherche d'une impériosité mictionnelle, dysurie, ...
 - Antécédents médicaux et chirurgicaux
 - Traitements médicamenteux



EXAMEN CLINIQUE

- Général
- Recherche d'un **globe vésical**
- Vessie pleine, **manœuvre de Bonnet** (réduction aux doigt du prolapsus supprimant la fuite urinaire provoquée par la toux)
- **Toucher rectal** : fécalome, prostate, tonus sphincter anal
- **Gynécologique** : trophicité vulvo-vaginale, tonicité des muscles du périnée
- **Neurologique** : sensibilité du périnée (S3-S4)
- **Poussée abdominale** : prolapsus utérin, cystocèle, élytrocèle, rectocèle

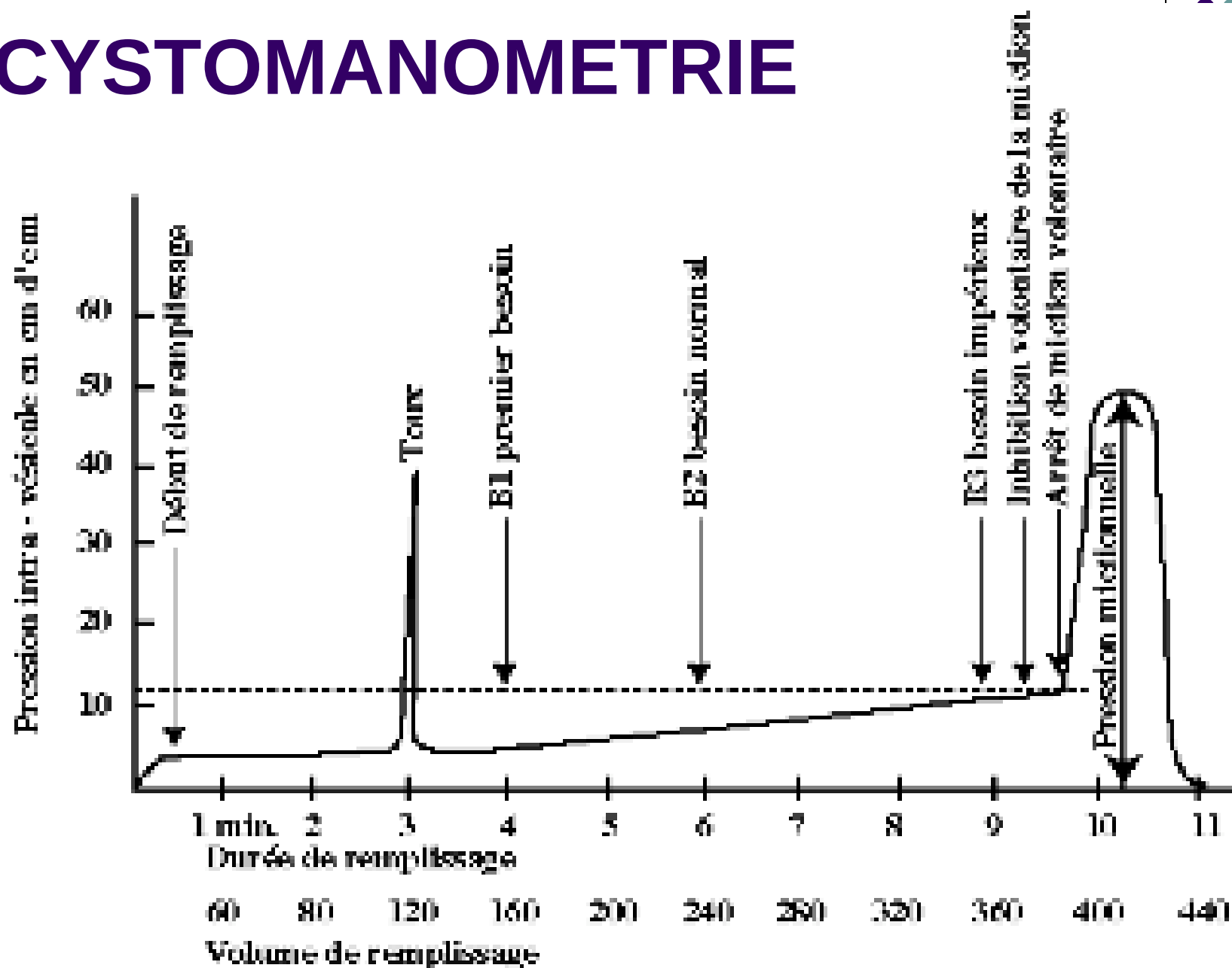
EXAMENS COMPLÉMENTAIRES



- Bandelette urinaire et ECBU
- Biologie: idem
- Imagerie:
 - Échographie vésicale avec RPM (absence de dilatation)
 - Evaluation du RPM par Bladderscan
 - Cystographie si:
 - Discordance entre examens urodynamiques et clinique
 - IU Complexe
- Examens uro-dynamiques (patient coopérant):
 - Débitmétrie: étude du débit urinaire
 - Cystomanométrie: mesure des pressions intravésicales
 - Sphinctérométrie: étude du tonus du sphincter



CYSTOMANOMETRIE



IMPÉRIOSITÉS MICTIONNELLES (25%)



- La plus invalidante
- Définition: perte involontaire d'urines précédée d'un besoin urgent et irrépessible d'uriner aboutissant à une miction ne pouvant être différée
- Mécanisme: contractions vésicales spontanées dues à une stimulation du détrusor ou pathologie locorégionale
- Atteinte femmes = hommes
- Étiologie:
 - Vésicales:
 - Infection +++
 - Tumeurs
 - Neurologiques:
 - Parkinson
 - SEP
 - AVC
 - Démences
 - Traumatisme médullaire...

INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT



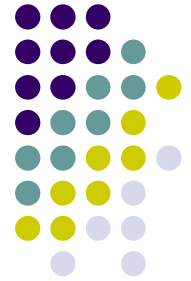
- Définition: perte d'urine involontaire non précédée d'un besoin d'uriner lors d'activité physique qui augmentent la pression intra abdominale (toux, port de charge lourde, éternuement, rire, ...)
- Atteinte femme > homme
- Mécanisme: défaillance anatomique de la région cervico-urétro-sphinctérienne et/ou insuffisance sphinctérienne
- Étiologies:
 - Antécédents obstétricaux (multiparité ...)
 - Chirurgie gynécologique, urologique (prostatectomie)
 - Carence oestrogénique,
 - Urétrite atrophique

RÉTENTION CHRONIQUE D'URINE



- 2^{ème} mécanisme par ordre de fréquence (5 à 10%)
- Clinique:
 - Incontinence diurne/ nocturne
 - Dysurie (baisse débit)
 - Pollakiurie avec maximum de mictions par regorgement
- Diagnostic:
 - Sondage post-mictionnel (résidu) > 20% du volume total de la miction (N < 100 ml)
 - Bilan uro-dynamique:
 - Besoin tardif
 - Capacité vésicale augmentée (> 600 ml)
 - Pression mictionnelle basse (< 30 ml d'eau)

RÉTENTION CHRONIQUE D'URINE



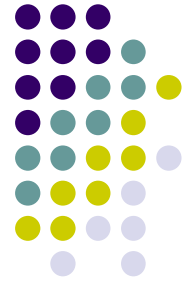
- Étiologies:
 - Obstacle:
 - Adénome de prostate
 - Sténose urétrale
 - Masse pelvienne (fécalome)
 - Dyssynergie vésico-sphinctérienne
 - Hypoactivité du détrusor:
 - Dégénérescence des fibres musculaires lisses (vieillesse)
 - Affections neurologiques (syndrome de la queue de cheval, atteinte radiculaire sacrée, neuropathie diabétique, atteinte du SNC, ...)
 - Anesthésie générale ou péridurale +++ (transitoire)
 - Post chirurgie pelvienne
 - Iatrogénie: (médicaments relaxants)
 - Anticholinergiques
 - Sédatifs
- Complications:
 - Claquage du détrusor
 - Insuffisance rénale

ETIOLOGIES PLUS RARES



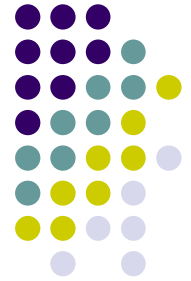
- Instabilité urétrale
- Incontinences par miction réflexe (paraplégie)
- Incontinence par troubles du comportement :
 - Urination du syndrome frontal
 - Régression psychomotrice
 - Démence
 - Dépression

INCONTINENCES FONCTIONNELLES

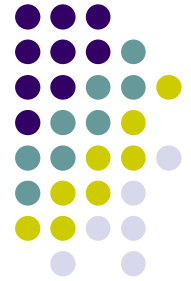


- Troubles cognitifs
- Inadaptation environnement :
 - Locaux : accessibilité aux toilettes, signalisation, éclairage
 - Contention :
 - Physique (fauteuil inadaptés)
 - Chimique (somnifère, NL)
 - Inadaptation des vêtements
- Dépendance récente (difficultés locomotrices)
- Infections , vulvo-vaginites, fécalome, polyurie du diabète

INCONTINENCES FONCTIONNELLES



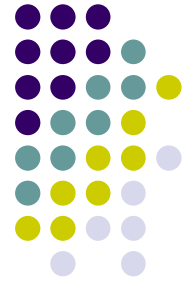
- Les médicaments nouvellement introduits :
 - β -
 - α +
 - Antalgiques (palier 2)
 - Opiacés
 - Anti-parkinsonniens
 - Inhibiteurs calciques
 - Antihistaminiques
 - Neuroleptiques
 - Diurétiques
 - Antispasmodiques
 - Anticholinergiques
- Alcool



TRAITEMENT

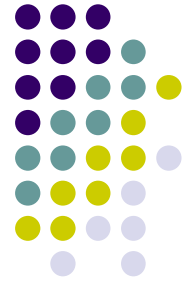
- Etiologie souvent plurifactorielle
- Prise en charge pluridisciplinaire
- Tenir compte :
 - de l'environnement
 - des pathologies associées
- Traiter toute infection urinaire symptomatique au préalable

PRINCIPES DE TRAITEMENT

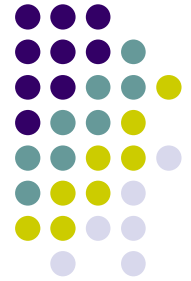


- Règles hygiéno-diététiques:
 - Gestion des boissons (reporter la majorité des prises sur la première partie de la journée)
 - Calendrier mictionnel sur 24h: rempli par le patient ou son entourage, précise l'espacement des mictions, sensation des besoins, survenue des fuites,...

PRINCIPES DE TRAITEMENT



- Traitement médicamenteux:
 - Anticholinergiques (Ditropan®, ...): inhibent les contractions vésicales → *impériosités mictionnelles*
 - Cholinergiques (prostigmine): améliorent la contraction du détrusor → *atonies vésicales*
 - Alpha-bloquants (Xatral®, Mecir®, ...): inhibent le tonus du sphincter → *adénome de prostate chez l'homme; dissynergie vésico-sphinctérienne chez la femme*
 - Traitements hormonaux locaux: améliorent la trophicité urétrale



PRINCIPES DE TRAITEMENT

- Traitement rééducatif:
 - Rééducation périnéale:
 - 2 à 3 séances hebdomadaires
 - En cas d'hypotonie urétrale et de faiblesse musculaire périnéale (+/- électrostimulation)
 - Biofeedback:
 - Prise de conscience des contractions musculaires
 - En cas de vessie instable
- Traitement chirurgical:
 - Cervicopexie
 - Alternative: pose d'un pessaire

CONCLUSION



- Retentissement **psycho-social** de l'incontinence urinaire (coût)
- Incontinence urinaire a des causes multiples et intriquées
- Nécessité d'une prise en charge **pluri-disciplinaire**