

Troubles vésico-sphinctériens chez les personnes âgées.

Introduction :

Le terme « troubles vésico-sphinctériens » (TVS) est utilisé comme synonyme de dysfonction du bas appareil urinaire définie dans la terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire selon la classification de l'International Continence Society.

Les troubles sphinctériens urinaires sont fréquents et sont dus à une pathologie d'organe (trouble de la statique pelvienne, adénome de prostate) ou neurologique. Ils sont également un des premiers stigmates du vieillissement et marquent une entrée dans la fragilité chez la personne âgée. On retrouve l'incontinence urinaire et fécale.

Ces déficiences sont à l'origine de problèmes hygiéniques et sociaux, d'isolement et de restriction des activités sociales. Elles ont un coût important.

Se pencher sur ce côté des sujets âgés, permet une prévention et un traitement à partir d'un diagnostic précis. La prise en charge est médicamenteuse, rééducative et psychologique, voire en dernier recours chirurgicale.

Incontinence urinaire

Définitions :

L'incontinence urinaire est définie par une perte involontaire d'urines objectivement constatée.

Sa prévalence atteint environ 10 % des sujets âgés de 70 à 75 ans et un quart des sujets après 85 ans. (25%)

Elle est estimée entre 50 et 70 % des sujets âgés vivants en institution. Sa fréquence, augmente avec l'âge et elle est étroitement associée à la dépendance.

Le vieillissement et la dépendance physique et/ou mentale sont les principaux facteurs favorisant la survenue d'une incontinence urinaire, 90 % des sujets ayant une démence avérée ont une incontinence urinaire et/ou anale.

Différents types d'incontinence urinaire sont retrouvées, et la présence d'une infection urinaire est un facteur aggravant.

1-Incontinence urinaire organique : elle rassemble les causes liées aux atteintes du système vésicosphinctérien.

2-Incontinence urinaire fonctionnelle : L'incontinence fonctionnelle est liée aux difficultés de la personne et de son environnement (handicap physique, difficultés de communication, éloignement des toilettes).

2-1-Incontinence urinaire transitoire : souvent réversible.

Ses étiologies sont :

- les incontinenes urinaires fonctionnelles : immobilisation pour thrombose veineuse profonde, fracture du bassin, accident vasculaire cérébral, toilettes non repérées dans un nouveau lieu.
- les causes iatrogènes (diurétiques, anticholinergiques, sédatifs, opioïdes)
- l'infection urinaire symptomatique ou non, à l'origine d'une irritation vésicale qui entraîne des contractions vésicales.
- le fécalome rectal responsable de contractions vésicales ou d'une rétention aiguë d'urine.
- la confusion mentale et le syndrome de régression psychomotrice.

Deux erreurs à éviter chez le sujet âgé dans ces cas : ne pas mettre des couches et ne pas placer une sonde urinaire.

2-2-Incontinence urinaire chronique :

- l'incontinence urinaire fonctionnelle liée à des pathologies altérant la mobilité et/ou le contrôle neurologique (maladie de Parkinson, séquelles d'hémiplégie, polyarthrose, démence)
- les mictions par regorgement dues à un obstacle ou à une atonie du détrusor.
- l'instabilité vésicale ou impériosité mictionnelle, conséquence de contractions prématurée du détrusor.
- l'incontinence sphinctérienne ou incontinence d'effort, due à une déficience périnéale au moment d'une hyperpression abdominale brutale : effort de toux, rire, changement de position (notamment au premier lever le matin).

3- Incontinence urinaire mixte : est l'association simultanée de plusieurs mécanismes, fonctionnels, organiques.

La nycturie se définit comme la plainte d'avoir à se réveiller la nuit en raison d'une envie d'uriner. Chez les personnes âgées, ce trouble urinaire est le plus souvent d'origine multifactorielle.

- Augmentation de la sécrétion urinaire nocturne par perte du cycle circadien de la sécrétion d'ADH.
- Augmentation globale de la diurèse.
- Diminution de la CVF (hyperactivité du détrusor).
- Troubles du sommeil.
- Diabète : atteinte rénale, obésité, syndrome métabolique, Apnées sommeil.
- HTA : atteinte rénale et cardiaque.
- AVC : Syndrome d'apnée du sommeil, Parkinson.
- Hypertrophie prostatique : atteinte vésicale.

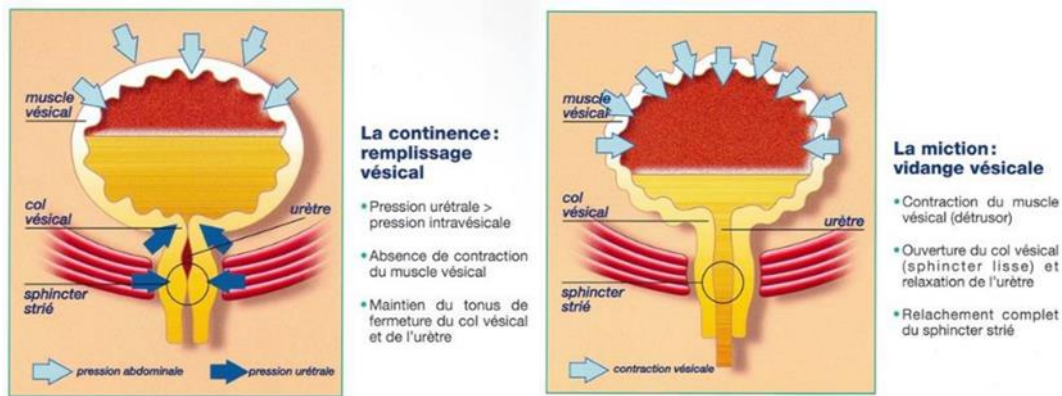
Effet du vieillissement sur la continence urinaire :

A l'état normal, La continence urinaire nécessite l'intégrité de plusieurs systèmes :

- La vessie réservoir musculaire distensible et compliant.
- Des sphincters (lisse et strié) résistants.
- Un système de soutien (le périnée).
- La vessie et son système sphinctérien sont compris dans l'ensemble de pression abdominale qui lors de sa contraction empêche les fuites.
- Le fonctionnement de cet appareil vésicosphinctérien est coordonné par le système nerveux central et périphérique.

Lors du remplissage vésical, le système parasympathique est inhibé, ce qui empêche la contraction du détrusor et le système sympathique est activé, ce qui entraîne la contraction du sphincter lisse.

Une miction normale doit permettre l'évacuation complète d'urine sans résidu post-mictionnel et répond à des mécanismes inverses du remplissage (contraction du détrusor et relâchement du sphincter).



Le vieillissement entraîne les modifications suivantes :

- Une augmentation relative du nombre des récepteurs parasympathiques, ce qui déséquilibre le système et entraîne des contractions vésicales “accidentelles”.
- Une baisse de la qualité du contrôle inhibiteur du détrusor assuré par les structures sous-corticales du cerveau, ce qui contribue aussi aux contractions vésicales accidentelles.
- La réduction des capacités mécaniques du détrusor et des sphincters par infiltration de fibres collagènes dans les faisceaux musculaires.
- Chez la femme âgée, une carence en estrogènes entraînant des troubles trophiques musculaires et des muqueuses.
- Chez l’homme une augmentation de volume de la prostate entraîne une difficulté à uriner et augmentation du nombre de mictions gênant le confort du malade.

Diagnostic d’une incontinence urinaire chez le sujet âgé :

1- Interrogatoire : du malade et/ou de son entourage précisera :

- l’ancienneté du symptôme et sa fréquence (incontinence urinaire quotidienne ou non).
- les circonstances déclenchantes (ex : effort).
- la quantité et les horaires des fuites urinaires (utilité d’un calendrier mictionnel).

- l'existence d'une impériosité, d'une dysurie, d'une constipation distale ou d'une incontinence fécale associée,
- les antécédents (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux).
- les traitements médicamenteux notamment ceux récemment administrés.

2- Examen périnéal :

- Chez la femme, l'examen du périnée recherche un prolapsus et une atrophie vulvaire témoignant d'une carence oestrogénique.
- Le toucher rectal précise l'état du tonus sphinctérien anal et recherche un fécalome, un adénome prostatique.
- La palpation et la percussion de l'hypogastre recherchent un globe.

3- Les conditions de réalisation d'une miction : temps d'attente, efforts de poussée, puissance du jet, durée de la miction et volume mictionnel.

4- Examen neurologique de la région périnéale : sensibilité S2, S3, S4, S5, motricité et reflexes anaux.

5- Examens complémentaires :

5-1 examen cyto bactériologique des urines : avec un antibiogramme à la recherche d'une infection urinaire qui doit être traitée.

5-2 recherche du résidu post mictionnel : après une miction considérée comme complète on vérifie immédiatement le résidu post mictionnel par soit un sondage, soit échographie ; il doit être <15% du volume mictionnel.

5-3 L'examen urodynamique utilise un matériel spécialisé et repose sur des tests dont les plus utilisés chez la personne âgée sont les suivants :

La débitmétrie est l'étude du débit urinaire c'est à dire la relation volume uriné / unité de temps, un débit de pointe inférieur à 15 ml/s indique une obstruction du col vésical ou un détrusor insuffisant.

La cystomanométrie consiste à mesurer la pression intra-vésicale durant un remplissage vésical et durant les mictions, grâce à une sonde uréthro-vésicale munie d'un capteur. On constate une augmentation progressive de la pression intravésicale durant le remplissage et un pic de pression au moment de la contraction du détrusor. Cet examen peut mettre en évidence une hypo ou une hyperactivité du détrusor

La sphinctérométrie : apprécie le tonus du sphincter et donc sa pression de clôture. Elle est efficace si elle atteint 80 cm d'eau et inefficace si elle est inférieure à 30 cm d'eau.

Prise en charge :

Le traitement de l'incontinence urinaire implique une approche multidisciplinaire en milieu gériatrique. Le choix d'un traitement doit répondre à des critères objectifs d'efficacité et prendre en compte les différentes pathologies ou handicaps du malade.

Le traitement de l'**incontinence fonctionnelle** repose principalement sur l'adaptation optimale du malade à son environnement, connaissance et repérage des lieux, moyens d'appel accessibles, vêtements commodes, disponibilité de l'entourage, ainsi qu'à l'adaptation de l'environnement aux possibilités du patient.

Toute infection urinaire symptomatique doit être traitée en préalable.

Le traitement de l'**incontinence urinaire organique** dépend des étiologies.

Moyens thérapeutiques

- **Les règles hygiéno-diététiques et comportementales :**

La gestion des boissons, le volume quotidien de boissons ne doit pas être réduit comme le font spontanément certaines personnes âgées incontinentes. En cas d'incontinence à prédominance nocturne(nycturie) on conseille de reporter la majorité des prises sur la première partie de la journée.

- **Calendrier mictionnel des 24 heures :** Rempli par le malade ou son entourage, précise l'espacement des mictions, la sensation du besoin, la survenue des pertes urinaires, contribue au choix et à l'adaptation thérapeutique et permet d'établir des protocoles de mictions urinaires programmées, destinés à réduire la fréquence et la gravité de l'incontinence.

Les autosondages ou hétérosondages sont parfois proposés en cas d'incontinence urinaire avec rétention urinaire récidivante sans besoin mictionnel volontaire. Ils doivent être réalisés dans des conditions rigoureuses d'asepsie.

- **Traitements médicamenteux**

- ✓ Les anticholinergiques (oxybutinine, imipramine) inhibent les contractions vésicales et sont donc indiqués dans l'urgence mictionnelle. Ils sont contre-indiqués en cas de troubles cognitifs qu'ils peuvent déclencher ou aggraver, de glaucome à angle fermé et d'obstacle cervico-prostatique patent ou latent où ils peuvent entraîner une rétention vésicale aiguë.

- ✓ Les antagonistes alpha-adrénergiques (tamsulosine, alfuzosine) inhibent le tonus sphinctérien alpha. Chez l'homme, ils sont proposés en cas d'hypertonie urétrale associée à un adénome prostatique. Chez la femme ils améliorent une dissynergie vésicosphinctérienne. Ces médicaments alpha-bloquants, souvent potentialisés par d'autres médicaments antihypertenseurs, malgré leur sélectivité, exposent les malades au risque d'hypotension orthostatique et donc de chute.
- ✓ Les traitements hormonaux substitutifs d'application locale sont utilisés pour traiter la trophicité urétrale et la musculature du plancher pelvien.
- ✓ **Desmopressine** pour la nycturie, analogue synthétique de l'hormone antidiurétique + action centrale : 1 prise au coucher, 60 à 240 µg Minirin Melt° (Contre -indication : insuffisance cardiaque, Insuffisance rénale, hyponatrémie, polydypsie, incapacité à respecter une restriction hydrique, utilisation de diurétique.
Interactions : IRS, Tricyclique, Antinflammatoire, carbamazépine.
- ✓ Surveillance : natrémie.
- **La rééducation périnéale** et le biofeedback : leur indication est réservée aux malades motivés. La rééducation périnéale est indiquée, à raison de 2 à 3 séances hebdomadaires, en cas d'hypotonie urétrale associée à une faiblesse musculaire périnéale. Elle peut être associée à l'électrostimulation. Le biofeedback est indiqué dans la prise en charge des vessies instables.
- **Le traitement chirurgical :**

Un traitement chirurgical de l'incontinence urinaire doit être proposé pour corriger une sténose urétrale ou une hypertrophie prostatique obstructive.

Pour les femmes âgées ayant des déficiences périnéales majeures, on propose une cervicopexie (pexis en grec fixation, consiste à suspendre l'urètre et le col de la vessie à des structures antérieures pour reconstituer l'angle urétrocervical).

Le pessaire est un dispositif utérin en silicone un anneau placé dans le vagin pour maintenir les organes pelviens en place.

- **Les traitements palliatifs :** sondages intermittents (auto ou hétéro sondage), couches, étuis péniers.

L'incontinence anale :

Elle est définie par l'exonération involontaire de matières fécales (gaz, selles liquides ou solides).

Sa prévalence est estimée chez les hommes à 11 ‰ et à 13 ‰ chez les femmes (65ans et plus).

Elle est de 30 % à 50 % dans les unités de long séjour et les unités de psychogériatrie.

La prévalence de l'incontinence fécale augmente avec l'avancée en âge, sous l'influence de la dépendance physique et ou mentale.

Les étiologies les plus fréquentes de l'incontinence fécale du sujet âgé sont la diarrhée et la constipation chronique en particulier le fécalome qui est une forme clinique de constipation distale.

Après 80 ans, la mobilité, l'accessibilité aux toilettes, l'état cognitif, la déshydratation, sont considérés (accord professionnel) comme les principaux facteurs de risque de survenue d'une constipation distale du type fécalome.

Sans lésion périnéale	Avec atteinte périnéale
<ul style="list-style-type: none">❖ Diarrhée aiguë ou chronique : infectieuse, abus de laxatifs, entérite et colite radiques, côlon irritable❖ Constipation et obstruction rectale : fécalome, néoplasie rectale❖ Neurologique : démence, séquelles d'AVC, polyneuropathie (ex : diabète), pathologies cérébrales ou de la moëlle épinière.	<ul style="list-style-type: none">❖ Traumatiques : séquelles de chirurgie anorectale et traumatismes obstétricaux.❖ Incontinence neurogène.❖ Prolapsus rectal.

Examen clinique :

★ Anamnèse : constipation chronique, notamment de constipation distale, la notion de chirurgie abdomino-pelvienne, de traumatismes obstétricaux et l'existence d'une incontinence urinaire associée est fréquente et peut relever de mécanismes communs exp : ptose périnéale.

★ Examen clinique :

-examen de la statique pelvienne.

-la recherche d'un prolapsus rectal.

-la réalisation de toucher pelvien chez la femme et rectal pour tester les muscles releveurs de l'anuse et rechercher un fécalome.

-Rechercher les causes précipitantes et curables parfois : **DIAPPERS**

Délire

Infections symptomatiques ou du bas appareil urinaire

Atrophies vaginales ou urétrales

Psychologiques

Pharmacologiques

Exès de diurèse

Restrictions de mobilité

S constipation

★ Examens complémentaires : discutés en fonction de l'examen clinique et de leur réalisation à savoir : rectoscopie, coloscopie.

★ Prise en charge :

Peu de travaux validés ont été à ce jour publiés sur le thème du traitement spécifique de l'incontinence fécale en gériatrie car il reste difficile.

○ Les médicaments utilisés pour traiter l'incontinence fécale chez un sujet âgé ont pour but la régularisation du transit.

- les diarrhées peuvent être traitées par des freinateurs ou ralentisseurs du transit.

-la constipation le traitement repose sur les mesures comportementales, les laxatifs non irritants locaux, la mise des malades souvent sur le siège des toilettes, les lavements évacuateurs, le toucher rectal recherchant un fécalome.

○ La musculation du périnée et du sphincter anal externe pourra être proposée aux sujets valides, sans atteinte cognitive patente en cas d'hypotonie anale sans rupture sphinctérienne ni atteinte neurogène associée, parfois électrostimulation.

○ La restitution anatomique d'une intégrité périnéale ou d'un appareil sphinctérien n'est pas le plus souvent envisageable chez le sujet

âgé. La cure chirurgicale d'un prolapsus rectal ou d'un rectocèle (rectopexie) et dans un but palliatif, la réalisation d'une colostomie de propreté sont deux traitements chirurgicaux à discuter.

- Recours aux obturateurs anaux pour les sorties.

