

9--Les troubles vésico-sphinctériens chez le sujet âgé

✧ I. Introduction

Les troubles vésico-sphinctériens du sujet âgé constituent un ensemble hétérogène de troubles qui touche le bas appareil urinaire (vessie et sphincters).

Ils posent toujours le problème de leur retentissement, tant en termes fonctionnel (qualité de vie) que médical (complications uro-néphrologiques).

Ces troubles font partie des six causes de dépendance iatrogène acquise chez le sujet âgé, ils constituent un authentique handicap, et représentent un facteur de risque de : déclin fonctionnel, chute, infection urinaire, altération de la qualité de vie, entrée en institution.

✧ II. Epidémiologie

Prévalence difficile à évaluer; 13% à 48%.

Augmente avec l'âge: 10% entre 70 et 75 ans, 25% chez les + de 80 ans.

Touchent préférentiellement: les femmes (incontinence), les hommes (dysurie), les patients dépendants, les déments (90% des déments sévères).

Pathologie sous-évaluée 60% non diagnostiquée.

Associées à une incontinence fécale dans 10%.

✧ III. Rappel physiologique

Le fonctionnement de l'appareil vésico-sphinctérien comporte deux phases : **la phase de continence** (de remplissage, 99% du temps), et **la phase de miction** (1% du temps).

La miction :

- C'est un mécanisme réflexe sous contrôle volontaire.
- Complète (environ 350 ml d'urine), volontaire et indolore, diurne (< 2 / nuit), durée < 1 minute, espacée de 3 à 4 heures (< 8 / jour).
- Nécessite la coordination parfaite entre la contraction du détrusor et le relâchement des sphincters (lisse et strié). Et la perméabilité des voies urinaires sous-jacentes (prostate, urètre, méat).

✧ IV. Physiopathologie

Vieillesse du bas appareil urinaire: conduit à :

- Diminution de la sensation de besoin.
- Augmentation de l'hyperactivité du détrusor.
- Diminution de la contractilité du détrusor.

- Diminution des résistances uréthrales et relâchement des muscles du plancher pelvien (femme) .
- Augmentation des résistances uréthrales (homme (hypertrophie de prostate)).

Autres facteurs :

- La dépendance physique et psychique.
- Poly-pathologie.
- Augmentation des urines émises pendant la nuit.
- Iatrogénie (médicaments +++).

✧ V. Etiologies :

1. Gériatriques :

- Vieillesse du bas appareil urinaire.
- Dépendance physique et psychique.

2. Urologiques :

- Corps étrangers : calcul vésical.
- Tumeurs bénignes et malignes de la vessie, de la prostate, de l'urètre et des organes de voisinage.
- Infectieux : gonocoque, BK, autres germes.
- Traumatiques : fracture du bassin, traumatisme périnéal, sondage.
- Iatrogènes :
 - o Prise de diurétiques, d'alpha bloquants, de métoclopramide, de myorelaxants, de certains, hypertenseurs.
 - o Vessie radique et cystite chimique (Endoxan).

3. Neurologiques (centrales et périphériques) :

- Lésions médullaires, encéphaliques (traumatiques, tumorales).
- Sclérose en plaques, maladie de parkinson, accident vasculaire cérébral.
- Détérioration (démences séniles, syndrome frontal).
- Neuropathies périphériques (toxique, éthylique, diabétique, syndrome de la queue de cheval).

4. Psychologiques: dépression.

5. Comportementale.

✧ VI. Sémiologie

Il existe des troubles pour la phase de remplissage et pour la phase de miction:

● Phase de remplissage:	essentiellement la pollakiurie, l'incontinence et l'urgenterie (impériosité).
● Phase de miction:	essentiellement la dysurie et la rétention d'urines.

1. La pollakiurie : c'est l'augmentation de fréquence des mictions (> 8 mictions sur vingt-quatre heures) sans augmentation de volume, elle peut être diurne et/ou nocturne (nycturie). Il est nécessaire de disposer de la diurèse des 24 h pour affirmer la pollakiurie.

2. L'urgenterie ou la miction impérieuse, ou impériosité mictionnelle: c'est la survenue d'un besoin brutal, irrésistible et urgent d'uriner sans possibilité de l'inhiber. Due à une hyperactivité du détrusor (contractions du détrusor pendant la phase de continence).

3. L'incontinence urinaire (fuites): c'est la perte involontaire d'urine par l'urètre due à l'incompétence du système sphinctérien vis-à-vis des pressions générées ou transmises par la vessie, il existe trois types :

▪ L'incontinence urinaire d'effort:	perte involontaire d'urine à l'effort (rire, toux, éternuement, sport et autres activités physiques), liée à une faiblesse des muscles du plancher pelvien et/ou une diminution des résistances uréthrales.
▪ L'incontinence urinaire par urgenterie (par impériosité):	perte involontaire d'urine, précédée par un besoin d'emblée urgent et non inhibable. Ces épisodes de fuite peuvent survenir au repos, la nuit, sans notion d'effort.
▪ L'incontinence urinaire mixte:	constituée par l'association des deux types précédents d'incontinence.

4. La dysurie : Difficulté pour uriner, elle s'accompagne d'une baisse du débit urinaire. Liée soit à un obstacle qui s'oppose à la miction ou à une diminution de la contractilité du détrusor.

5. La rétention d'urines:

Rétention aigue (globe vésical):	C'est l'impossibilité totale d'uriner, d'installation brutale et s'accompagnant de douleurs pelviennes importantes. Le besoin d'uriner est présent et impérieux. Due souvent à un obstacle qui s'oppose à la miction.
Rétention chronique:	Due souvent à diminution de la contractilité du détrusor. La distension vésicale ne s'accompagne pas de besoin. Des mictions par regorgement (trop plein) sont souvent retrouvées.

✧ VII. Le bilan clinique :

1. Interrogatoire :

- Antécédents gynéco-obstétriques.
- Urologiques (chirurgie, infections urinaires à répétition, hypertrophie bénigne de la prostate).
- Antécédents neurologiques (traumatisme rachidien, lombosciatalgie, accident vasculaire).
- Antécédents généraux, cardiologiques.
- Traitements en cours et leur modification.
- Éthylisme, diabète, chirurgie carcinologique et radiothérapie pelviennes.
- Événement psychologique récent.

2. L'examen clinique : comporte :

- Un examen de l'appareil urinaire combiné à un examen neurologique périnéal, et à un examen gynécologique.
- Un examen neurologique général.
- Un examen général : examen des autres appareils, un bilan minimum des fonctions cognitives, un bilan d'autonomie à la fois motrice et manuelle.
- Recherche des facteurs réversibles d'une incontinence urinaire : DIAPPERS.
- Un catalogue mictionnel (permet de préciser : l'heure, le volume de la miction, les épisodes de fuite, Quantité des boissons).

L'examen de l'appareil urinaire:

- Inspection des organes génitaux externes, statique pelvienne: prolapsus.
- Recherche d'une rétention vésicale chronique (globe vésical).
- Palper urétral et examen du méat.
- Recherche de hernie (crurale, inguinale, ombilicale).

- Palpation des fosses lombaires.
- Les touchers pelviens: le TR chez l'homme palpe la glande prostatique, l'urètre postérieur et le TV chez la femme permet l'examen de l'urètre en avant.

Rechercher les facteurs réversibles d'une incontinence

urinaire: (DIAPPERS) :

Délire,

Infections urinaires symptomatiques,

Atrophies vaginale ou urétrale,

Psychologiques,

Pharmacologiques, Excès de diurèse, Restrictions de mobilité, Selles : constipation.

❖ VIII. LE BILAN PARACLINIQUE

1. Examens morphologiques : échographie vésico-rénale, cystographie rétrograde, urographie intraveineuse, tomodensitométrie.
2. Examen cyto-bactériologie des urines
3. Examens fonctionnels : biologie (fonction rénale), bilan urodynamique, électrophysiologie, scintigraphie rénale.

➤ Trois principales indications:

- Visée diagnostique : préciser le type de trouble.
- Visée pronostique : prévenir les complications uro-néphrologiques.
- Visée thérapeutique : adaptation optimale du traitement.

❖ IX. TRAITEMENT

1. Objectif :

- Assurer une vidange vésicale périodique facile et complète, sans résidus.
- Assurer une continence confortable.
- Préserver la fonction rénale et éviter le retentissement sur le haut appareil.

2. Principes :

- Grand nombre de troubles « situationnels »: actions sur l'environnement à privilégier.
- Peser ++ le rapport bénéfice risque des mesures thérapeutiques: effets secondaires, contraintes.
- Approche comportementale préalable à toute action pharmacologique.

3. Moyens :

a. Repérer et limiter les freins environnementaux et architecturaux:

- Signalisation indicée des toilettes.
- Accessibilité des toilettes.
- Habits adaptés faciles à ôter: velcro....

b. La rééducation comportementale et les règles hygiéno-diététiques:

- Recommandées en première intention.
- Boissons suffisantes pour assurer 1,5 à 2 L de diurèse et ainsi minimiser le risque infectieux
- Mictions programmées :
 - o Incitation verbale à la miction avec aide (déments++).
 - o Mictions régulières si possible sur besoin ou toutes les 3 heures le jour, et une fois la nuit.
- Apprentissage d'une miction complète.
- Apprentissage des moyens pour retarder la fuite sur un besoin urgent (distraction, contraction plancher...).

c. Rééducation périnéale

- Après rééducation comportementale.
- Kinésithérapie:
 - o Renforcement des muscles du plancher périnéale.
 - o Électrostimulation : renforcement musculaire et effet antalgique.
 - o Technique comportementale : biofeedback.
 - o Neurostimulation tibiale postérieure : diminue l'hyperactivité vésicale.

d. Traitement médicamenteux :

En troisième intention chez le sujet âgé.

▪ Médicaments de l'hyperactivité vésicale :

- o **Les Anticholinergiques:** L'oxybutynine (ditropan, driptane), La solifenacine (vésicare), le chlorure de trospium (céris).
- o Risque de confusion.
- o Risque de rétention

▪ Médicaments de l'hypertonie sphinctérienne:

- o Les alfabloquants : Alfuzosine (xatral), tamsulosine (josir, omix).
- o Diminuent les résistances urétrales en agissant sur les fibres musculaires lisses du col et de l'urètre.
- o Risque : hypotension orthostatique.

e. Sondage intermittent :

- Traitement de la rétention chronique des urines.
- Permet une vidange complète à base pression.

- Technique :

- o Sondage propre effectué par le patient (auto-sondage) ou une tierce personne (hétéro-sondage).

- o 1 à 6 sondage / jour selon le résidu calculé par le calendrier mictionnel.

✧ X. CONCLUSION

Les troubles vésico-sphinctériens constituent un motif très fréquent de consultation chez le sujet âgé.

Ils constituent un authentique handicap et sont comptés parmi les six causes de dépendance iatrogène acquise.

La diversité des symptômes et des étiologies impose :Un interrogatoire rigoureux.

Un examen clinique minutieux urologique, neurologique et général.

Un bilan des fonctions cognitives et de l'autonomie.

Un bilan paraclinique : échographie et fonction rénale ++++

L'analyse clinique et paraclinique guide la prise en charge thérapeutique, ce qui permet de :

Protéger le haut appareil urinaire et limiter les complications urologiques.

Réduire le retentissement fonctionnel des symptômes.

Améliorer l'autonomie et la qualité de vie.

Cette prise en charge est au mieux réalisée par des équipes spécialisées multidisciplinaires.