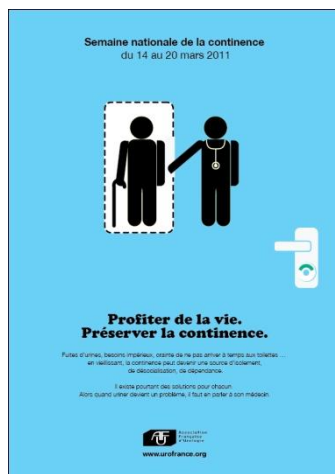


## Dossier de presse

### Semaine Nationale de la Continence Urinaire

Du 14 au 20 mars 2011

**Continence de la personne âgée :  
une prise en charge globale et pluridisciplinaire au service  
de la qualité de vie**



**Service de presse et de communication :**

Marie-Hélène Coste / Véronique Simon  
MHC Communication  
38 avenue Jean Jaurès – 94110 Arcueil  
Tél. : 01 49 12 03 40 - Fax : 01 49 12 92 19  
[MHC@mhccom.eu](mailto:MHC@mhccom.eu)

## INTRODUCTION

L'élimination des urines (miction) est une fonction essentielle à notre santé, qui met en jeu des phénomènes complexes, aussi bien au niveau de l'anatomie locale que des structures neurologiques.

L'équilibre de la continence repose sur une mécanique locale (équilibre de la pression des sphincters, de la vessie, du périnée), mais aussi sur le bon fonctionnement du système nerveux central (équilibre des systèmes nerveux sympathique et parasympathique, sécrétion de l'hormone antidiurétique commandée par l'hypophyse). Lorsque tout va bien, la miction est contrôlée et la continence est garantie. Mais lorsque le fonctionnement de l'une de ces structures est altéré, des fuites d'urines peuvent apparaître.

Avec l'âge, le vieillissement des tissus et du système nerveux est un facteur d'entrée dans l'incontinence : la perte de tonicité des fibres musculaires affaiblit le sphincter strié (sous la commande volontaire) augmentant le risque de fuites ; par ailleurs, les mictions se multiplient et l'impériosité pèse parfois comme une gêne quotidienne (lire encadré : *Miction et continence*).

**Ainsi, chez tous, hommes et femmes, plus l'âge avance, plus la continence est menacée**, la femme étant concernée plus tôt et plus souvent par l'incontinence pour des raisons morphologiques (poids de l'appareil génital sur les muscles périnéaux) – lire encadré *Epidémiologie de l'incontinence, par âge et par genre*. **On estime ainsi que les fuites d'urine ou l'incontinence concernent plus de 2,6 millions de personnes de plus de 65 ans, en France.**

Chez ces personnes, l'incontinence retentit lourdement sur la qualité de vie et entraîne fréquemment le recours à des stratégies d'évitement qui nuisent à la vie sociale, comme le renoncement à des sorties trop longues (promenades, visites de musée, cinéma, théâtre) de peur de s'éloigner des toilettes, à des situations jugées à risque, comme la piscine qui stimule les envies impérieuses.

Cependant, nombre de personnes concernées par l'incontinence urinaire ne consultent pas, pour des raisons différentes en fonction de l'âge et des circonstances :

- Par pudeur : parce qu'il est parfois plus facile pour une femme active de 65 ans d'avoir recours à des solutions palliatives (protections) plutôt que de heurter sa pudeur en allant consulter. Parce qu'il est aussi difficile de se voir vieillir.
- Par fatalisme : chez les hommes qui considèrent comme inévitable le vieillissement de leur prostate et les symptômes consécutifs (difficulté à uriner, gouttes retardataires).
- Par fatalisme : parce que, chez les plus âgés, l'incontinence peut aussi être vécue comme une fatalité, liée au vieillissement.

Or, en l'absence d'une consultation et d'une prise en charge adaptée, les troubles ne peuvent qu'empirer jusqu'à conduire à une désocialisation résignée, à un mal-être qui retentit sur l'individu.

Les urologues de l'AFU ont souhaité dédier cette nouvelle Semaine Nationale de la Continence Urinaire à la prise en charge de la personne âgée pour...

- inviter les patients et leur famille à s'informer et à engager le dialogue avec le médecin traitant,
- car il existe des solutions efficaces et adaptées à chaque cas.

Plus que l'incontinence du sujet jeune, l'incontinence de la personne âgée nécessite une prise en charge globale, avec une attention particulière accordée à différents facteurs :

- L'environnement : aménagement du domicile, habitudes alimentaires, vie sociale.
- Les comorbidités : les individus de plus de 64 ans souffriraient, en moyenne, de plus de 7 affections, selon l'enquête Santé Protection Sociale (SPS) de 2002. Certaines pathologies peuvent participer au développement de l'incontinence. Et l'on estime que la présence de 3 pathologies associées augmente de près de 100 % le risque d'incontinence.
- Les traitements de ces pathologies : le traitement de certaines pathologies (maladie de Parkinson, dépression) peuvent contribuer à déstabiliser la continence. L'identification de ces facteurs de risque est essentielle à la prise en charge.
- Les polymédications : le traitement de plusieurs pathologies conduit souvent à l'accumulation de médicaments, dont la combinaison augmente les risques de iatrogénie (effets indésirables). Les effets indésirables des traitements concernent particulièrement la personne âgée, chez qui ils sont responsables de 15 % des hospitalisations après 65 ans. Avant tout traitement, il convient de faire le point avec le malade pour définir des priorités afin d'éviter la multiplication des prescriptions.
- Les modifications du métabolisme : l'altération du fonctionnement du foie ou des reins, la prise simultanée de plusieurs traitements peuvent modifier la façon dont l'organisme métabolise les médicaments. La prise en charge de l'incontinence doit tenir compte de ces données individuelles et donner lieu à des prescriptions adaptées (souvent moindres que pour l'adulte d'âge moyen).

**L'ensemble de ces facteurs est au cœur des préoccupations des médecins généralistes, gériatres, médecins réadaptateurs, urologues qui agissent en synergie dans la prise en charge de l'incontinence de la personne âgée.**

## Miction et continence

La fonction urinaire est essentielle car elle permet d'éliminer les déchets de l'organisme.

L'apprentissage du contrôle de cette fonction se fait dans la petite enfance, à la faveur notamment de la maturation du système nerveux et permet à chacun d'accéder à la continence.

Quand la continence est acquise et que tout va bien, on urine en moyenne 6 à 8 fois par 24 heures, ce qui représente 1 à 2 heures par mois ou encore un jour par an.

Mais parfois la machine s'emballe ou se bloque, et tout se complique.

Des mictions qui deviennent plus fréquentes (plus de 7 fois dans la journée), ou bien perturbent le sommeil (plus de 2 fois par nuit) ; ou bien elles peuvent, au contraire, s'espacer : ces signes sont parfois le premier symptôme d'une pathologie associée, bien souvent bénigne, dont le traitement peut éviter un retentissement durable sur la continence et la qualité de vie.

Lorsqu'uriner devient un problème, le médecin traitant est le premier interlocuteur à qui il faut en parler. Il est à même de prescrire les premiers examens, voire d'orienter les patients pour faire un bilan.

## Epidémiologie de l'incontinence, par âge et par genre

Il est difficile d'estimer la prévalence exacte de l'incontinence car :

- toutes les personnes qui en souffrent ne consultent pas, et ne sont donc pas recensées ;
- les multiples origines de ce symptôme (mécanique ou neurologique, consécutive à un accident ou à une maladie) impliquent différents origines de la prise en charge (médecin traitant, neurologue, urologue, gériatre) ;
- l'incontinence de l'homme est peu étudiée et mal connue.

Cependant, à partir des données publiées on peut estimer que cela concerne :

- 1 femme sur 3 entre 70 et 75 ans
- 43 à 72 % de celles vivant en institution
  - 1 incontinence sur 2 serait mixte (impériosité c'est-à-dire besoins pressants et incontinence urinaire d'effort).
- 7 à 8 % des hommes de 65 ans
- Plus de 28 % au-delà de 90 ans
  - 40 à 80 % des incontinenances seraient par impériosité
  - 10 à 30 % seraient mixtes
  - Moins d'1 sur 10 serait une incontinence urinaire d'effort

## 1. Quelques rappels sur la physiologie de la miction

Au niveau neurologique, le bon fonctionnement de la miction et de la continence est sous la dépendance du système nerveux végétatif ou système nerveux autonome - c'est-à-dire de la part du système nerveux qui contrôle les fonctions automatiques non soumises (et plus précisément des systèmes sympathique et parasympathique).

### Concrètement, comment la continence est-elle gérée par l'organisme ?

**Pendant la phase de continence et de remplissage**, le système nerveux sympathique agit pour permettre :

- le relâchement du muscle vésical (appelé aussi « détrusor ») ;
- la contraction du sphincter lisse, c'est-à-dire du sphincter indépendant de la volonté, situé au niveau du col de la vessie.

Par ailleurs, **le sphincter strié reste contracté**. Celui-ci intervient comme une sorte de **deuxième verrou, après le sphincter lisse**. Le **contrôle volontaire de ce verrouillage** est élaboré au niveau :

- **du système limbique, siège des émotions ;**
- **du néo-cortex, où se jouent la perception du besoin, l'inhibition ou déclenchement volontaire de la miction, le contrôle du périnée, la mise en œuvre d'un comportement adapté pour uriner.**

**La vessie s'adapte au remplissage et au stockage de l'urine, grâce à son élasticité**. Et au fur et à mesure qu'elle se distend, les fibres nerveuses contenues dans sa paroi transmettent des informations sur le niveau de remplissage au système nerveux central :

- Grâce à l'action du système sympathique, le muscle de la vessie demeure détendu et le sphincter lisse fermé agissant comme un bon verrou de sécurité pour assurer la continence ;
- Au niveau de la conscience, les informations interprétées par le néo-cortex permettent à l'individu de percevoir l'envie d'uriner et de se retenir jusqu'à l'arrivée aux toilettes.

Le premier besoin est ressenti généralement lorsque la vessie contient 100 à 300 ml. La vessie peut continuer de se remplir alors que le besoin d'uriner se fait de plus en plus pressant, mais la continence est assurée par la mise en jeu volontaire : le besoin peut devenir pressant (autour de 400 ml) douloureux (vers 600 ml), **le contrôle volontaire du sphincter strié et des muscles périméaux permet d'inhiber la miction jusqu'à l'arrivée aux toilettes**.

**La miction ou l'action d'uriner :**

**Elle est déclenchée volontairement à partir de la perception du besoin d'uriner :**

- Le sphincter strié se relâche sous l'action de la volonté pour laisser couler l'urine.
- L'activation du système parasympathique provoque la contraction du muscle de la vessie et le relâchement du col vésical.

**La miction, contrôlée, peut être interrompue par une contraction volontaire du sphincter strié et des muscles périméaux.**

### Pourquoi le stress donne-t-il envie de faire pipi ?

Le contrôle volontaire de la miction repose sur deux aires cérébrales : la partie frontale du néo-cortex, qui permet l'identification du besoin et l'adoption d'un comportement adéquat (fermeture du sphincter strié, contraction du périnée, etc.) et le système limbique, siège des émotions.

Sous l'effet du stress (par exemple, en l'attente d'un examen, ou d'un entretien d'embauche), l'émotion peut amplifier l'envie d'uriner, d'où de fréquentes visites aux toilettes.

Dans certains cas, sous le coup d'une émotion forte, comme la peur, le système limbique prend le dessus sur le contrôle du cortex et la miction est déclenchée involontairement.

Ainsi, la miction peut être le résultat d'une démarche raisonnée ou l'expression d'un comportement instinctif ou émotionnel.

### Et lorsque l'on vieillit, que se passe-t-il ?

Lorsque l'on vieillit, les fibres musculaires lisses se raréfient au profit des fibres graisseuses, et des fibres de collagènes prolifèrent au niveau de la paroi vésicale, **entraînant perte d'élasticité de la vessie et perte de contractilité** :



**La vessie contient moins.**

**Elle se vide aussi moins bien, ce qui multiplie les envies d'uriner et les risques d'infection.**

**Le muscle de la vessie se dénerve** : le nombre des récepteurs sympathiques (qui contribuent au relâchement du détrusor) diminue d'où un déséquilibre favorable aux récepteurs parasympathiques (vecteurs de contraction du muscle).



**Le muscle de la vessie se contracte plus souvent et de manière anarchique : les envies sont pressantes, parfois à l'origine de fuites d'urine.**

Autre conséquence de la dénervation de la vessie, les récepteurs qui contrôlent le remplissage sont moins nombreux ; ils fonctionnent moins bien.



Les besoins se font sentir plus tard, parfois trop tard.

Le vieillissement s'accompagne aussi d'une **perte de tonus musculaire qui retentit sur les sphincters lisse et strié ainsi que sur le périnée** – sur ce dernier point, les femmes sont plus touchées pour des raisons anatomiques et du fait des carences oestrogéniques liées à la ménopause.



La faiblesse du verrouillage de la vessie et des structures périnéales de soutènement est un facteur d'incontinence.

Avec l'âge, on observe **une perturbation des rythmes physiologiques calés sur le jour et la nuit (rythmes nycthéméraux)**, et notamment un décalage de la sécrétion de l'hormone antidiurétique (vasopressine) qui ne joue plus bien son rôle d'espacement des mictions la nuit.



Les mictions nocturnes se multiplient (polyurie nocturne), le risque d'incontinence aussi (notamment, quand les toilettes sont loin, quand la personne a du mal à se déplacer, en cas de prise de somnifères).

## 2. Quelques rappels concernant l'incontinence

La définition de l'incontinence urinaire (IU) proposée par l'International Continence Society (ICS) et reprise par l'ANAES, puis par la HAS est : « toute perte involontaire **d'urine dont se plaint le patient** ».

- **C'est en quelque sorte l'affectation de la qualité de vie qui fait de ce symptôme une pathologie à traiter.**
- C'est la plainte du patient ou de la famille, de l'entourage (dans le cas de patients très désocialisés) qui justifie la prise en charge.

L'incontinence urinaire, en fonction de ses causes :

- **L'incontinence urinaire d'effort (IUE)** : c'est une perte involontaire d'urine survenant lors d'un effort musculaire, sans être précédée de sensation de besoin d'uriner. Elle est causée par le déséquilibre entre la pression abdominale augmentée par l'effort et la capacité de résistance du sphincter. Elle peut être provoquée par le rire, la toux, la course, la marche, la levée d'un poids, certains sports, voire les rapports sexuels.
- **L'incontinence urinaire par impériosité dite « urgenturie »** : la perte des urines survient à la suite d'une envie pressante, impérieuse. Elle est liée à l'hyperactivité vésicale : les récepteurs de la vessie envoient des messages au cerveau (centre régulateur de la miction) pour qu'il régule la contraction du détrusor et le relâchement du sphincter. Dans certaines circonstances, il peut se produire des contractions inappropriées du détrusor, qui ne sont pas inhibées par les mécanismes réflexes habituels.
- **L'incontinence urinaire mixte** : lorsqu'incontinence d'effort et incontinence par impériosité sont associées chez un même patient.  
En effet, l'incontinence urinaire est souvent due à l'intrication de plusieurs facteurs que le médecin identifiera.
- **L'incontinence par regorgement** : certaines vessies, vastes et flasques, connaissent des débordements par « **trop plein** ». Il s'agit d'une rétention vésicale qui serait complète si l'appareil sphinctérien, pour des raisons diverses, ne laissait sourdre le trop plein d'urine. Il n'y a plus de besoin ni de miction contrôlée, c'est donc bien une incontinence. Ces grandes vessies flasques peuvent être la conséquence :
  - **d'un obstacle chronique à la vidange** (par exemple, un adénome),
  - **d'une pathologie neurologique à l'origine d'un défaut de contractilité** (par exemple une maladie de Parkinson),
  - **d'un diabète** (rare),
  - **du traitement chirurgical du cancer du rectum** (pour être sûr de retirer toute la tumeur, il arrive que l'on choisisse de réaliser une ablation très large, et que l'on touche à l'innervation de la vessie),
  - **d'un super sphincter** (hypertonie urétrale) qui a conduit à la distension progressive de la vessie.

**Le traitement choisi sera différent selon le type d'incontinence, selon le degré de gêne, selon l'âge du patient, son état général et ses comorbidités.**

**La prise en charge de l'incontinence de la personne âgée passe donc par un bilan complet qui fait intervenir le médecin généraliste, le gériatre, le réadaptateur et l'urologue.**



### 3. Le bilan de l'incontinence de la personne âgée

L'enjeu est d'identifier les causes de l'incontinence spécifiques au vieillissement, les causes ponctuelles ou accidentelles (par exemple : médicaments, pathologie aiguë), les comorbidités et les facteurs environnementaux, pour dessiner une prise en charge globale qui vise des objectifs raisonnables (le « zéro fuite » n'est pas toujours possible) et considère avec d'autant plus d'attention la balance bénéfico-risque que la personne âgée est fragile.

#### Un premier bilan pour orienter le patient vers une prise en charge spécialisée

La première intervention consiste à interroger le sujet pour trouver les pistes explicatives de l'incontinence. Tout ou partie de cette première démarche peut être réalisée par le médecin généraliste :

- Depuis quand le patient a-t-il remarqué les fuites ?
- Sont-elles fréquentes ? Abondantes ?
- La description des fuites évoque-t-elle plutôt une incontinence par impériosité ou une incontinence à l'effort ? Pour les femmes, le médecin pourra demander le nombre de grossesses et le mode d'accouchement ?
- Combien de fois le patient va-t-il uriner chaque jour ? Se lève-t-il la nuit, et si oui, combien de fois ?
- Le patient est-il constipé (l'accumulation de matières fécales dans la partie terminale de l'intestin pouvant, par pression, perturber le bon fonctionnement des réflexes de la miction) ? A-t-il souvent été constipé (la constipation chronique pouvant être un facteur d'incontinence d'effort) ?
- Les mictions sont-elles douloureuses - une infection pouvant provoquer une irritation de la vessie ?
- Le jet d'urine est-il normal ? Il s'agit d'explorer la possibilité d'un obstacle urétral.

L'interrogatoire s'accompagne aussi de l'examen des comorbidités susceptibles d'induire une incontinence (lire encadré *Les principales causes organiques de l'incontinence urinaire*).

Il passe en revue les traitements du patient afin d'identifier, le cas échéant, le ou les médicaments pouvant contribuer à déstabiliser la continence (lire encadré *Les médicaments qui affectent la continence*). Si nécessaire, le recours au gériatre permettra de faire le tri entre les traitements, en cas de polyopathie, et d'adapter le choix des molécules, les doses prescrites.

Enfin, l'interrogatoire permettra de faire un premier bilan de vie, approfondi si nécessaire, avec le gériatre et / ou le médecin réadaptateur :

- Le patient a-t-il des difficultés pour se rendre aux toilettes ? Ses toilettes sont-elles adaptées ?
- Comment ses apports en liquides sont-ils répartis dans la journée ? Les conseils hygiéno-diététiques peuvent contribuer à améliorer la continence (par exemple, on conseillera d'éviter 2 bols de soupe le soir).
- Est-il bien entouré par sa famille ?
- Est-il autonome ?
- Est-il déprimé ? Confus ?

L'examen clinique pourra ensuite révéler :

- une incontinence urinaire à l'effort (en provoquant la fuite, en demandant au patient de tousser et/ou de faire une manœuvre de Valsalva<sup>1</sup>) ;
- un prolapsus ou une atrophie vulvaire, chez la femme ;
- une grosse prostate, chez l'homme.

En fonction de ce premier entretien, le médecin pourra demander des examens complémentaires avant d'adresser son patient à un urologue et/ou un gériatre :

- Un ECBU (examen des urines), en cas de suspicion d'infection ;
- La réalisation d'un catalogue mictionnel, si l'état général du patient le permet : le patient consignera l'heure et le volume des mictions, ainsi que les éventuelles fuites.

Catalogue Mictionnel	Jour 1			Jour 2			Jour 3					
	Horaire	Volume	Événement		Horaire	Volume	Événement		Horaire	Volume	Événement	
			F	M			F	M			F	M
<p>Veillez noter pendant 24 heures d'affilée (de jour comme de nuit), durant 72 heures consécutives, l'heure à laquelle vous urinez, le volume de la miction mesuré en ml à l'aide d'un verre doseur et les circonstances de la miction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notez vos heures de coucher et de lever</li> <li>• Vous pouvez noter dans la case "événement F" la survenue de Fuites et leur importance (+, ++ ou +++), suivi des circonstances de survenue de ces fuites : (T=toux, M=marche, I=impériosité, In=insensible, etc.). Veuillez préciser le nombre de protections utilisées lors de leur changement (1, 2, 3, 4, ...).</li> <li>• Inscrivez dans la case "événement M" les circonstances de survenue de la Miction</li> </ul> <p>P = précaution, I = impériosité, D = dysurie ou miction difficile etc.</p>												
	<b>Total</b>			<b>Total</b>				<b>Total</b>				

**Pourquoi ?**


Pour vous aider à comprendre les circonstances et le mécanisme de votre incontinence, en l'intégrant à l'ensemble de votre vie "mictionnelle". L'objectif est d'apporter une aide à l'analyse de la gêne induite par l'incontinence. Il peut également servir à contrôler ou surveiller le résultat d'un traitement médical et/ou chirurgical.

**Pour qui ?**

Pour tout(e) patient(e) qui se trouve gêné(e) par une incontinence, une envie trop fréquente ou trop pressante d'uriner, une sensation de difficultés à vider sa vessie, etc...

**Comment ?**

Les éléments de ce catalogue mictionnel sont primordiaux pour la prise en charge de votre incontinence – et plus largement de tout trouble mictionnel. Veillez à le remplir dans des circonstances représentatives de votre vie courante, de façon complète et ce par cycle de 24 h durant 72 h consécutives.



Catalogue mictionnel développé par l'AFU

<sup>1</sup> Nez bouché, le patient souffle fort en bloquant la glotte de manière à augmenter la pression abdominale, ce qui permet d'éprouver la résistance du sphincter et du périnée.

## Les principales causes organiques de l'incontinence urinaire

Type d'incontinence	Mécanisme	Causes
<b>Impériosité mictionnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inflammation</li> <li>▪ Obstacle (la vessie se contracte d'autant plus qu'il faut compenser l'obstacle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Calculs, sonde, infection</li> <li>▪ Chez l'homme, hypertrophie de la prostate</li> <li>▪ Chez la femme rétrécissement urétral, prolapsus</li> <li>▪ Perte d'élasticité liée au vieillissement, tumeur</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réduction de la capacité de la vessie</li> <li>▪ Problème neurologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sclérose en plaques, maladie de Parkinson, démence</li> </ul>
<b>Incontinence d'effort</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perte de tonus du sphincter strié et du périnée</li> <li>▪ Traumatisme du sphincter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carence en œstrogène.</li> <li>▪ Conséquences de grossesses multiples et/ou d'accouchements difficiles</li> <li>▪ Prolapsus (mais dans certains cas, le prolapsus peut aussi masquer une incontinence)</li> <li>▪ Séquelle d'une chirurgie de la prostate</li> </ul>
<b>Incontinence par regorgement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obstacle urétral</li> <li>▪ Manque de tonus du muscle vésical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chez l'homme, hypertrophie de la prostate ou bien cancer</li> <li>▪ Rétrécissement de l'urètre</li> <li>▪ Vessie claquée (distendue, fine et peu tonique)</li> <li>▪ Diabète (perte de sensibilité)</li> <li>▪ Médicaments (lire tableau ci-dessous)</li> </ul>

Partenaires du médecin généraliste dans la prise en charge de l'incontinence, l'urologue, le gériatre et le médecin réadaptateur poursuivront les premières investigations chacun dans son domaine d'expertise :

- Médecin réadaptateur : exploration de l'environnement pour l'adapter environnement au mode de vie aux besoins du patient.
- Urologue : prise en charge de l'incontinence urinaire et d'éventuelles pathologies urologiques associées.
- Gériatre : prise en charge globale intégrant les pathologies associées, avec une révision des traitements en cours, compte tenu des effets indésirables de chaque médicament, en optimisant les doses.

## Médicaments : les effets sur la continence urinaire

Médicaments	Effets
Diurétiques	Remplissage brutal de la vessie
Anticholinergiques (inhibent les récepteurs du système parasymphatique)	Inhibition des contractions vésicales qui peut conduire à une moins bonne vidange
Sédatifs / Hypnotiques	Confusion mentale, désinhibition, source d'incontinence (par perte des repères)
Antidépresseurs	En fonction du principe actif, ils peuvent provoquer rétention (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)
Opioides	Inhibition des contractions de la vessie (risque de rétention)
Les agonistes alpha-adrénergiques (qui stimulent le système sympathique)	Hypertonie sphinctérienne (favorable à la rétention)
Les antagonistes alpha-adrénergiques (qui stimulent le système sympathique)	Hypotonie sphinctérienne (faiblesse du sphincter augmentant le risque de fuite)
Les antagonistes calciques (prescrits dans le traitement de l'hypertension artérielle)	Diminution des contractions de la vessie

### Un bilan de vie approfondi

L'exploration de l'incontinence de la personne âgée doit s'accompagner d'un bilan de vie complet :

- **La gestion des boissons** : le volume quotidien des apports en liquides ne doit pas être réduit, mais il peut être adapté. On pourra conseiller une modification de la répartition de ces apports en faveur de la première partie la journée, notamment en cas de polyurie ou d'incontinence nocturne. On pourra aussi conseiller la réduction des boissons irritantes.
- **L'investigation de l'environnement** : le domicile est-il adapté ? Comment faciliter le déplacement de la personne aux toilettes (amélioration de la signalisation dans les institutions) ?
- **Le bilan de l'état général et de l'autonomie de la personne** : à travers des questionnaires, on évaluera l'autonomie de la personne, on identifiera ses difficultés pour tenter d'y remédier en agissant sur l'environnement. Le questionnaire sur l'état mental (mini mental state examination MMSE, échelles IADL<sup>2</sup> des besoins personnels et évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne) permettra aussi d'évaluer, le cas échéant, les fonctions cognitives du patient : en effet, au-delà d'un certain degré de dégradation cognitive, il sera inutile de proposer certains examens ou thérapeutiques (par exemple, chez une personne aux fonctions cognitives très dégradées, la réalisation d'un calendrier mictionnel ne sera pas possible).

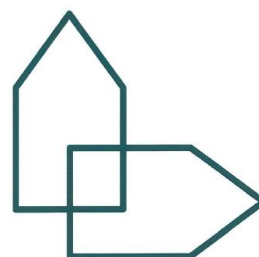
<sup>2</sup> I.A.D.L. : Instrumental Activities of Daily Living

- Lorsque cela est possible (si l'état général de la personne âgée le permet), à **partir du calendrier mictionnel, on pourra établir des protocoles de mictions urinaires** programmées (prévoir d'aller uriner à telle heure, à telle fréquence).

### Le MMSE

	Score	Score maximum
<b>Orientation</b>		
<b>A</b>		
En quelle année sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>	
Saison	<input type="checkbox"/>	
Mois	<input type="checkbox"/>	
Quelle est la date ?	<input type="checkbox"/>	
Le jour ?	<input type="checkbox"/>	5
<b>B</b>		
Dans quelle ville sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>	
En quel département ?	<input type="checkbox"/>	
En quelle région ou pays ?	<input type="checkbox"/>	
À quel étage sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>	
Quel est le nom de l'Hôpital ?	<input type="checkbox"/>	5
<b>Apprentissage</b>		
Donner trois noms d'objets (une seconde par mot ; ex : citron, clé, ballon) à la répétition compter un point par réponse correcte	<input type="checkbox"/>	
Répéter jusqu'à ce que les trois mots soient appris		
Compter le nombre d'essais	<input type="checkbox"/>	3
<b>Attention et calcul</b>		
Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions		
Noter le nombre de réponses correctes	<input type="checkbox"/>	
Si le patient ne peut ou ne veut effectuer cette tâche, demander d'épeler le mot "monde" à l'envers	<input type="checkbox"/>	5
<b>Rappel</b>		
Demander les trois mots d'objets présentés auparavant, (un point par mot correct)	<input type="checkbox"/>	3
<b>Langage</b>		
Dénommer un stylo, une montre (2 points)	<input type="checkbox"/>	
Répéter : "il n'y a pas de mais, ni de si" (un point)	<input type="checkbox"/>	
Exécuter un ordre triple : "prenez un papier dans la main droite, plier le en deux et jetez-le sur le plancher" (trois points)	<input type="checkbox"/>	
Lire et exécuter un ordre écrit : "Fermez les yeux" (un point)	<input type="checkbox"/>	
Copiez le dessin page suivante (un point)	<input type="checkbox"/>	
Écrire une phrase spontanée (au moins un sujet et un verbe) sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe sont indifférents (un point)	<input type="checkbox"/>	9
<b>Total</b>		
Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum		
Vigil	<input type="checkbox"/>	
Obnubilé	<input type="checkbox"/>	
Stupeur	<input type="checkbox"/>	
Coma	<input type="checkbox"/>	

Capacité à reproduire un dessin simple :



## Échelle de soins personnels IADL 1° partie

Nom	Prénom	
Sexe	Âge	
Date	Examineur	
		<b>Code</b>
<b>A - Continence</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Va aux toilettes tout seul et n'est pas incontinent.</li> <li>2. A besoin d'être aidé pour demeurer propre, d'être souvent sollicité à veiller à son hygiène, ou a de rares accidents (une fois par semaine maximum).</li> <li>3. Se souille pendant son sommeil, plus d'une fois par semaine.</li> <li>4. Se souille alors qu'il est éveillé et plus d'une fois par semaine.</li> <li>5. Aucun contrôle sphinctérien, anal ou vésical.</li> </ol>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b>B - Alimentation</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mange sans assistance.</li> <li>2. Mange avec une légère assistance pendant les repas et avec une préparation particulière de la nourriture et/ou a besoin d'aide pour s'essuyer après les repas.</li> <li>3. Est souvent négligé et a souvent besoin d'assistance pour se nourrir.</li> <li>4. A besoin d'une assistance importante à tous les repas.</li> <li>5. Ne parvient pas du tout à se nourrir et s'oppose aux tentatives des autres pour le nourrir.</li> </ol>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b>C - Habillement</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. S'habille, se déshabille, choisir ses vêtements dans sa garde-robe.</li> <li>2. S'habille et se déshabille avec une assistance légère.</li> <li>3. A besoin d'une assistance modérée pour s'habiller ou choisir ses vêtements.</li> <li>4. A besoin d'une assistance importante pour s'habiller, mais coopère aux efforts des autres pour</li> <li>5. Est complètement incapable de s'habiller et s'oppose aux efforts des autres pour l'aider.</li> </ol>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b>D - Soins personnels (apparence nette et soignée, mains, visage, vêtements, etc.)</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toujours habillé proprement et bien soigné sans assistance.</li> <li>2. Se soigne convenablement avec une assistance légère et occasionnelle, par exemple pour se raser.</li> <li>3. A besoin d'une assistance modérée et régulière ou d'une surveillance pour ses soins personnels.</li> <li>4. A besoin qu'on s'occupe totalement de ses soins personnels mais peut se maintenir propre après cela.</li> <li>5. Réduit à néant tous les efforts des autres pour lui conserver une bonne hygiène personnelle.</li> </ol>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b>E - Mobilité</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Va se promener dans des parcs ou en ville.</li> <li>2. Se déplace à l'intérieur de sa résidence ou autour du pâté de maison.</li> <li>3. Se déplace avec l'aide :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) d'une canne,</li> <li>b) d'une béquille,</li> <li>c) d'une chaise roulante :                   <ol style="list-style-type: none"> <li>y sort et y rentre sans aide,</li> <li>a besoin d'aide pour y rentrer et en sortir.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>4. S'assied sans assistance sur une chaise ou une chaise roulante, mais ne peut se lever et en sortir sans aide.</li> <li>5. Grabataire plus de la moitié du temps.</li> </ol>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b>F - Toilette</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se lave tout seul sans aide (bain, douche, gant de toilette).</li> <li>2. Se lave tout seul si on l'aide à entrer ou à sortir de la baignoire.</li> <li>3. Ne se lave que le visage et les mains, mais ne peut se baigner.</li> <li>4. Ne se lave pas seul, mais coopère quand on le lave.</li> <li>5. Ne se lave pas tout seul et résiste aux efforts déployés pour le maintenir propre.</li> </ol>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

## Les activités instrumentales de la vie quotidienne - IADL-E - 2° partie

### Consigne

Cette échelle doit être remplie par un membre du personnel, médico-social en utilisant une ou plusieurs des sources d'information suivantes : le malade, sa famille, ses amis.

Donner la réponse "ne s'applique pas" lorsque le patient n'a eu que rarement, ou jamais, l'occasion d'effectuer l'activité dont il s'agit. (par exemple, un patient homme peut n'avoir jamais fait la lessive).

Lorsque vous n'avez pas d'informations ou des informations peu sûres, notez "ne peut pas être coté".

<p><b>I - Utiliser le téléphone</b></p> <p>1 - Se sert du téléphone de sa propre initiative. <input type="checkbox"/> Recherche des numéros et les compose, etc.</p> <p>2 - Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus.</p> <p>3 - Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler.</p> <p>4 - Ne se sert pas du tout du téléphone. * Ne peut pas être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone.</p>	<p><b>VI - Utiliser les transports</b></p> <p>1 - Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Utilise les transports publics à condition d'être accompagné.</p> <p>3 - Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers.</p> <p>4 - Ne se déplace pas du tout à l'extérieur. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager.</p>
<p><b>II - Faire des courses</b></p> <p>1 - Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - N'est indépendant que pour certaines courses.</p> <p>3 - A besoin d'être accompagné pour faire ses courses.</p> <p>4 - Est complètement incapable de faire des courses. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p><b>VII - Prendre des médicaments</b></p> <p>1 - Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels.</p> <p>3 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance.</p> <p>4 - Est incapable de prendre ses médicaments. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement.</p>
<p><b>III - Préparer des repas</b></p> <p>1 - Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis.</p> <p>3 - Peut réchauffer et servir des repas précuits ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient.</p> <p>4 - A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p><b>VIII - Gérer ses finances</b></p> <p>1 - Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert.</p> <p>3 - Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses.</p> <p>4 - Est incapable de s'occuper d'argent. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent.</p>
<p><b>IV - Faire le ménage</b></p> <p>1 - Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers). <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit.</p> <p>3 - A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien de la maison.</p> <p>4 - Ne participe à aucune tâche ménagère. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p><b>IX - Bricoler et entretenir la maison</b></p> <p>1 - Peut réaliser tout seul la plupart des travaux et bricolage (réparer la tuyauterie, réparer un robinet qui fuit, entretenir la chaudière et les radiateurs, réparer les gouttières...). <input type="checkbox"/></p> <p>2 - A besoin d'une aide ou de directives pour réaliser quelques réparations domestiques.</p> <p>3 - Peut uniquement réaliser des travaux de bricolage élémentaires, ou des travaux tels que suspendre un cadre ou tondre la pelouse.</p> <p>4 - Est incapable de bricoler ou d'entretenir sa maison. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de bricoler.</p>
<p><b>V - Faire la lessive</b></p> <p>1 - Fait sa propre lessive. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Peut faire le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le linge plus important tel que draps ou serviettes.</p> <p>3 - Nettoie et rince le petit linge, chaussettes, etc.</p> <p>4 - La lessive doit être faite par des tiers. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	

**Score Global**



## DIAPPERS

**Le raccourci mnémotechnique DIAPPERS<sup>3</sup> est une méthode qui permet d'être sûr que l'on n'a pas oublié d'explorer l'une des causes possibles d'incontinence urinaire transitoire :**

**D** - Le délire, ou l'état confusionnel peuvent être secondaires à une rétention d'urine prenant le masque d'une incontinence; cette incontinence et le syndrome confusionnel sont totalement régressifs après sondage urinaire. Ce syndrome peut survenir en l'absence de démence.

**I** - L'infection urinaire basse, fréquente chez la personne âgée, est rarement responsable à elle seule d'incontinence urinaire.

**A** - La carence hormonale n'est jamais seule en cause dans l'incontinence urinaire.

**P** - Les causes psychologiques, en particulier la dépression, rarement individualisées dans la littérature sont fréquemment en cause.

**P** - La polymédication est souvent incriminée dans la genèse de l'incontinence urinaire transitoire. Les différentes classes pharmacologiques incriminées sont les anticholinergiques, les analgésiques opiacés, les sédatifs, les antihypertenseurs en particulier les diurétiques, etc.

**E** - L'excès de diurèse peut évidemment être lié à une augmentation des apports (perfusion), aux diurétiques. De façon paradoxale, la peur de l'hyperthermie en été, a induit un comportement de consommation excessive de boisson.

**R** - La restriction de mobilité est une cause d'incontinence sous-estimée. L'impériosité mictionnelle bien compensée par une autonomie correcte est décompensée en institution où la crainte de la chute induit l'utilisation d'entraves à la mobilité.

**S** - La constipation est responsable d'incontinence chez 10 % des patients âgés. Le bilan à la recherche d'une cause iatrogène d'incontinence repose sur un bilan gériatrique standardisé : motricité, cardiaque, neurologique et nutritionnel, bilan des fonctions supérieures, bilan social et des habitus.

---

<sup>3</sup> On a ajouté un « p » à l'anglais « diaper » signifie « couche » pour les besoins de l'énumération des facteurs d'incontinence urinaire transitoire répertoriés par Resnick en 1984.



## La prise en charge urologique

En complément des premiers examens (questionnaire sur les symptômes et les antécédents, évaluation de l'autonomie et des fonctions cognitives, examen clinique à la recherche d'un prolapsus ou d'une atrophie vulvaire chez la femme, d'une grosse prostate chez l'homme, ECBU), d'autres examens peuvent être prescrits.

Ils dépendent des symptômes mais aussi de l'âge et de l'état général du patient : des examens poussés chez un patient dément avec un score MMSE bas sont inutiles ; de même on réfléchira au bénéfice risque de chaque examen, surtout lorsque le patient est fragile.

En effet, se soumettre à des examens dans un contexte hospitalier est souvent vécu comme une épreuve, source de fatigue, voire de désorientation<sup>4</sup>.

- **Evaluation du résidu post-mictionnel** : elle est réalisée par échographie ou, chez la femme, par sondage avant un test de remplissage. Elle permet de mettre en évidence des mictions incomplètes, sources d'infection ou d'irritation de la vessie.
- **Test de remplissage vésical** : on remplit la vessie à l'aide d'une sonde et l'on demande au patient de faire un effort (toux, manœuvre de Valsalva) pour voir s'il donne lieu à une fuite. Cet examen permet d'identifier une incontinence d'effort.
- **Examen urodynamique** : il est indiqué pour l'exploration d'une incontinence urinaire récente, chez un malade âgé coopérant, lorsque l'examen clinique ne permet pas d'identifier la cause de l'incontinence, ou bien lorsque le patient ne répond pas au traitement. Il est systématique avant la mise en œuvre d'un traitement chirurgical de l'incontinence. Il comprend la réalisation d'une débitmétrie, d'une cystomanométrie, et d'une sphinctérométrie qui permettent notamment d'évaluer la qualité de la vessie, de ses contractions, des sphincters (lire l'encadré *L'examen urodynamique*).

---

<sup>4</sup> « L'hospitalisation en urgence et en court séjour avec ou sans vocation gériatrique constitue un stress aigu pour la personne âgée, qu'elle souffre ou non d'un déficit cognitif. Fragilisée dans sa psyché et dans son corps, elle peut éprouver une sensation de désorientation et d'abandon, Si cette hospitalisation constitue un stress aigu pour le patient âgé, il peut également l'être pour les soignants. Ils vont se trouver confrontés à cette anxiété pouvant s'exprimer selon différents modes, allant de la dépression à la désorientation en passant par l'agressivité. Ceci modifie grandement les rapports habituels entre patients et soignants, conduisant ces derniers à adapter leur façon d'aborder l'individu qu'ils découvrent. »

Extrait de *Kinésithérapie scientifique* 2009, n°497, « Hospitalisation en court séjour de la personne âgée : des impacts psychologiques et des répercussions comportementales pour les patients et pour les soignants », de A. Charrier-Cottureau, G. Cottureau <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=21149603>

## L'examen urodynamique

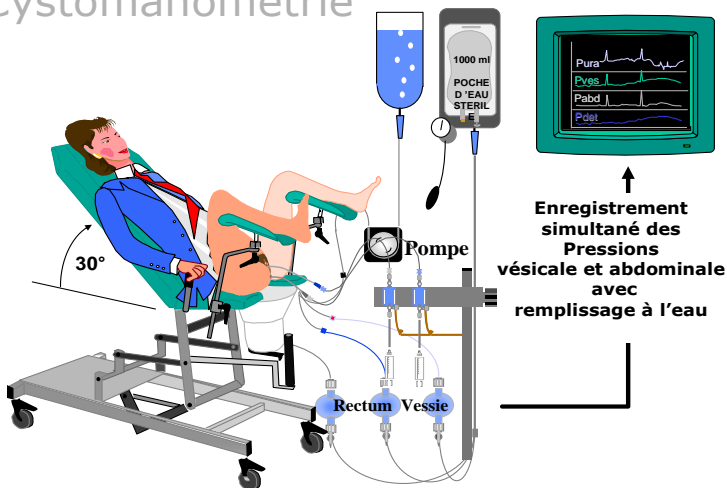
### Débitmétrie



La **débitmétrie** consiste à demander au patient d'uriner dans un appareil mesurant la relation volume uriné par unité de temps, au cours d'une miction libre. Cet enregistrement s'effectue dans les conditions les plus physiologiques possibles (patient seul dans une pièce calme, en position debout pour l'homme, sur un siège adapté pour la femme).

Après l'enregistrement de la débitmétrie, le résidu post-mictionnel est mesuré par sondage. Chez la personne âgée le résidu doit être inférieur à 20 % du volume mictionnel.

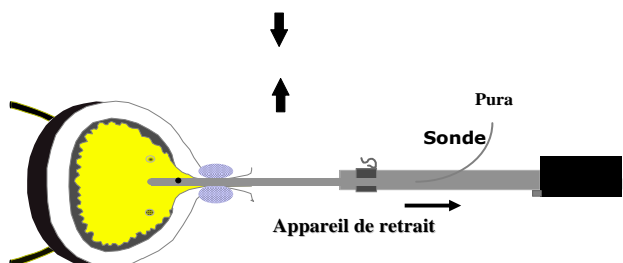
### Cystomanométrie



La **cystomanométrie** permet d'étudier :

- La pression vésicale de base.
- La perception du besoin d'uriner : le patient décrit le besoin au fur et à mesure du remplissage de la vessie.
- La capacité vésicale et l'adaptation de la vessie au remplissage (compliance).
- La miction (volume du jet, pression abdominale si le patient éprouve le besoin de pousser pour évacuer l'urine).

### Profilométrie urétrale ou sphinctérométrie



La **profilométrie** consiste à mesurer la pression tout au long de l'urètre par l'intermédiaire d'un cathéter retiré progressivement de la vessie au méat urétral.

Les pressions dans l'urètre sont mesurées au repos et parfois dans des conditions dynamiques (lors de l'effort de retenue ou lors de la toux).

L'intérêt principal de cette mesure est d'évaluer la fonction sphinctérienne.

## 4. Les traitements urologiques :

Les traitements urologiques interviennent en complément de l'adaptation de l'environnement du patient.

La personne âgée peut bénéficier des mêmes traitements que le sujet plus jeune (rééducation, traitement médicamenteux, chirurgie), sous réserve que son état général le permette.

### La rééducation périnéale

Chez la personne âgée, on propose la rééducation aux patients motivés dont les fonctions cognitives ne sont pas altérées. Traitement de première intention dans les incontinences d'effort, la rééducation est aussi intéressante en cas d'impériosité ou dans le traitement des incontinences mixtes.

En effet, elle vise à renforcer le plancher des muscles du périnée (périnée et sphincter strié), ce qui permet :

- d'éviter les fuites liées au déséquilibre entre pression abdominale et pression périnéale ;
- de mieux résister aux envies pressantes liées aux contractions de la vessie.

En cas d'impériosité, elle permet aussi d'apprendre à détendre le muscle vésical. Pour cela, la rééducation périnéale exploite un réflexe. Lorsque l'on contracte le périnée, un signal nerveux est envoyé au niveau de la moelle lombaire : l'information est répercutée sur la vessie sous la forme d'un message en faveur de la décontraction du détrusor. Si l'on apprend à prendre conscience de la contraction périnéale et à l'utiliser efficacement, on parvient à mieux gérer l'incontinence par impériosité.

### Les traitements médicamenteux

Tout d'abord, chez la personne âgée présentant plusieurs pathologies et suivant déjà de nombreux traitements, il est important de faire un bilan des priorités thérapeutiques afin d'éviter les polymédications excessives.



## Les anticholinergiques :

**Les médicaments anticholinergiques** agissent sur la contraction du muscle de la vessie. Ils **sont le traitement de première intention des impériosités, avec ou sans incontinence. C'est la gêne qui dicte le début du traitement.**

En France, 4 molécules disposent d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) :

- L'oxybutinine (à utiliser avec précaution chez la personne âgée)
- Le chlorhydrate de trospium
- La solifénacine
- La toltérodine

Leur prescription se fait à dose progressive, avec une surveillance étroite durant les premiers jours du traitement.

## Les alpha-bloquants (*chez les hommes souffrant d'une hypertrophie bénigne de la prostate*) :

Les alpha-bloquants agissent sur le tonus musculaire et s'attaquent aux contractions responsables de 60 % de l'obstacle urinaire.

## Les traitements hormonaux locaux (*chez la femme*) :

En utilisation locale, les traitements hormonaux sont utilisés pour traiter l'atrophie vulvaire et urétrale.

## Les traitements chirurgicaux

Les traitements chirurgicaux de l'incontinence urinaire peuvent être utilisés chez la personne âgée dont l'état général le permet. Il faut cependant garder à l'esprit que leurs résultats dépendent grandement de la qualité des tissus (bien souvent affectée par le vieillissement).

**Là encore, on procédera au cas par cas, en pesant le rapport bénéfice-risque de l'intervention.**

Outre les interventions spécifiques liées à la prise en charge de pathologies déclenchantes (prolapsus chez la femme, hypertrophie bénigne de la prostate chez l'homme), les traitements chirurgicaux sont, a priori, les mêmes que pour l'adulte jeune.

## La chirurgie dans l'hyperactivité vésicale :

Pour remédier à une pollakiurie ou à l'hyperactivité vésicale et à la dysnergie vésicosphinctérienne observées dans certaines lésions médullaires ou maladies nerveuses, on peut parfois intervenir de 2 façons :

- par l'injection de toxine botulique,
- en implantant un neuromodulateur qui permet de corriger certains troubles liés à l'hyperactivité vésicale et à l'incontinence fécale, c'est-à-dire ...
  - l'urgence (besoin soudain et impérieux) qui raccourcit le délai de sécurité séparant l'envie de la fuite ou de la perte involontaire des selles ;
  - la présence de pertes incontrôlées lors d'un besoin urgent ;
  - l'augmentation de la fréquence des mictions dans le cadre de l'incontinence urinaire.

### **La chirurgie dans l'incontinence urinaire d'effort :**

Elle est envisagée lorsque la rééducation a échoué, quand l'état général du patient le permet et dans le respect des indications (incontinence urinaire d'effort et hypermobilité urétrale).

Le traitement repose sur la mise en place de bandelettes sous-urétrales.

La bandelette sans tension fonctionne comme un support de l'urètre pendant l'effort, empêchant ainsi le relâchement à l'origine de la fuite urinaire.

Son implantation chirurgicale est mini-invasive et comporte peu de complications opératoires et postopératoires.

### **Les autres traitements chirurgicaux :**

#### **Les ballons ajustables :**

Les ballons ajustables ont pour objectif de comprimer l'urètre dans la région péricervicale (autour du col de la vessie).

Ils pourraient être proposés :

- aux femmes souffrant d'incontinence urinaire à l'effort, lorsque les traitements de première ligne ont échoué ;
- aux hommes qui souffrent d'une incontinence urinaire persistante consécutive à une prostatectomie.

L'intervention mini-invasive se déroule sous anesthésie locale.

Les ballons ajustables sont mis en place par voie périnéale ou vaginale. En fonction du degré de continence du patient, la taille du ballon est ajustable, par une ponction percutanée d'un ou de deux des ports implantables.

Lire l'avis de la HAS :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avis\\_iu\\_homme.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avis_iu_homme.pdf)

#### **Les sphincters artificiels :**

Le sphincter urinaire artificiel (SUA) est proposé en cas d'incontinence urinaire sévère d'origine sphinctérienne, notamment :

- aux femmes avec une incontinence urinaire d'effort (IUE) sévère, par insuffisance sphinctérienne majeure ;
- aux hommes ayant une incontinence sévère par insuffisance sphinctérienne consécutive à une intervention chirurgicale prostatique.

L'intervention n'est pratiquée qu'en dernier recours, en cas d'échec de la rééducation ou d'autres alternatives thérapeutiques. Elle se déroule sous anesthésie générale.

Le principe du SUA consiste à remplacer les fonctions déficientes d'ouverture et de fermeture du sphincter.

## Les palliatifs

Couches, étuis péniens (pour les hommes), voire sonde, il convient de ne les utiliser qu'en dernier recours car ils sont un facteur d'incontinence et retentissent sur la qualité de vie, notamment en favorisant le renoncement à la continence et l'évolution vers la dépendance.

Les étuis péniens (collecteurs d'urine réalisés sur mesure) sont à privilégier chez l'homme.

Les sondes doivent être évitées autant que possible.

## CONCLUSION

Le traitement de l'incontinence urinaire de la personne âgée dépend de l'âge de celle-ci, de son état général et de ses pathologies associées.

La prise en charge pluridisciplinaire passe d'abord par un double bilan :

- Bilan de vie
- Bilan urologique

La stratégie envisagée portera une attention particulière au rapport bénéfice-risque chez un sujet souvent fragile.

Enfin, les résultats ne sont pas à la hauteur de ce que l'on peut espérer chez un individu plus jeune, les traitements permettent souvent de restaurer une qualité de vie essentielle pour bien vieillir, et d'éviter, dans bien des cas, perte d'autonomie, désocialisation, handicap.

Il est important d'en parler à son médecin traitant sans attendre lorsque l'incontinence devient une gêne, un problème, car plus tôt les solutions seront proposées, plus elles seront efficaces.