

# TROUBLES URINAIRES DE LA PERSONNE AGE'E



Dr Anne BLANCHARD-  
DAUPHIN  
MPR  
CHRU Lille

# EPIDEMIOLOGIE



- Etude Ossebo (1946 femmes de 75-85 ans, à domicile)
  - Prévalence : 42 % perte d'urines
  - 57 % au moins une fuites par jour
  - Liée à la fragilité physique
- Prévalence et sévérité □ avec l'âge, surtout après 65 ans
  - Après 65 ans
    - ✦ 1 homme sur 4 / 1 femme sur 2
  - Après 75 ans, > 45 % d'hommes
- Incontinence urinaire :
  - 30 % des sujets âgés,
  - 50 % des sujets en EPHAD,
  - 90 % des sujets en USLD

# CAUSES



## Multifacteurs :

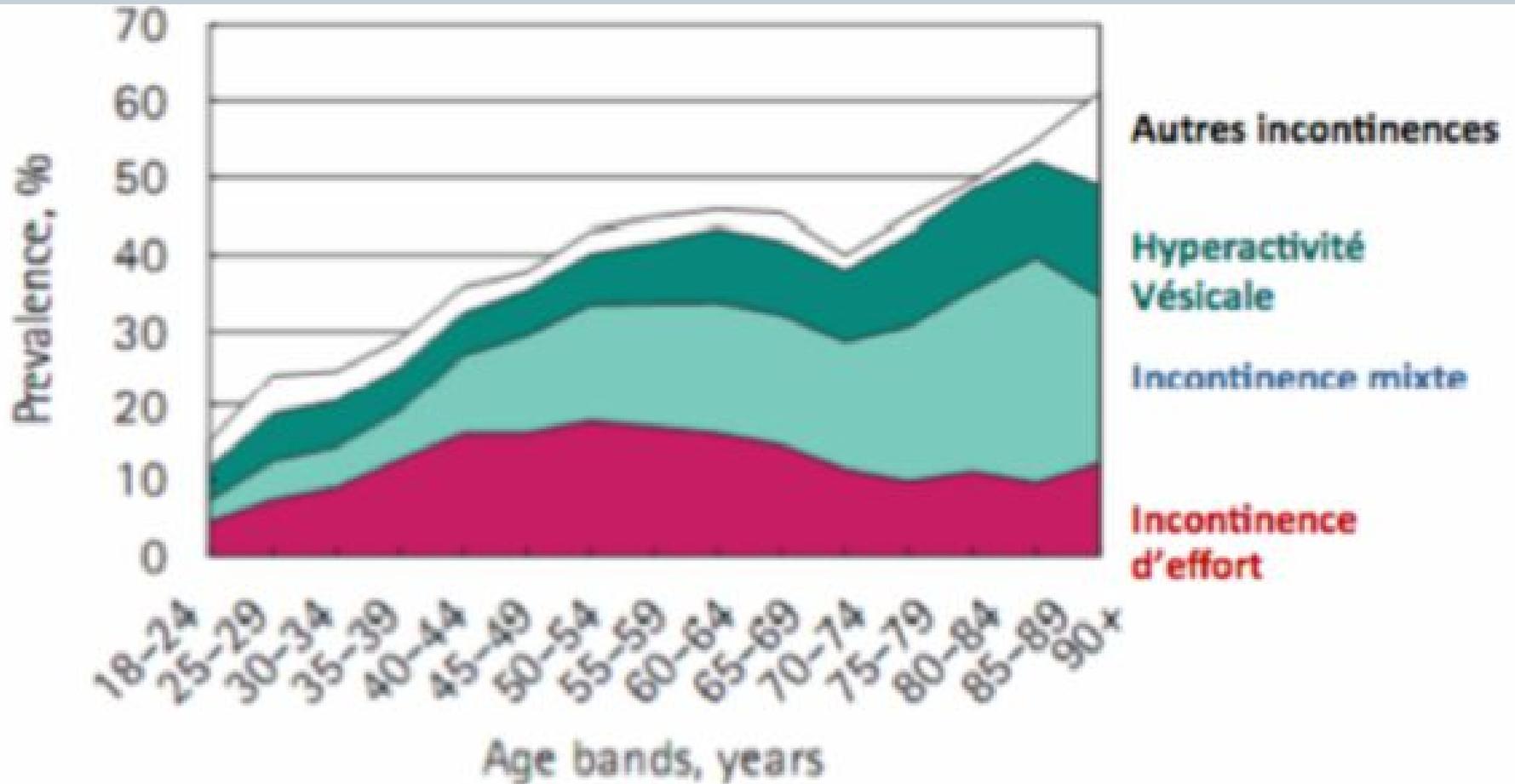
- **Intrinsèques :**
  - Vieillesse physiologique appareil urinaire tissulaire (collagène du détrusor)
  - Carence en œstrogènes chez la femme
  - Modulations transmetteurs
  - Mécaniques (obstruction)
  - Neurogènes centraux et périphériques
  - Comportementaux, psychiatriques
- **Comorbidités : SAS, traitement (BZD, antidépresseurs), chutes**

# PHYSIOPATHOLOGIE



- Modification de la structure musculaire du détrusor liée à la sarcopénie
  - \* Hyperactivité détrusorienne
  - \* Hypocontractilité
    - Detrusor Hyperactivity and Impaired Contractility DHIC*
- Diminution de sensibilité vésicale
  - \* Perception du besoin plus tardif
- Carence oestrogénique
  - \* □ longueur de l'urètre
  - \* □ pression de clôture
  - \* Sténose urétrale

# EPIDEMIOLOGIE DE L'INCONTINENCE



# PARTICULARITES CLINIQUES



- Association fréquente syndrome urgenturique et rétentionniste ++
- Nycturie particulièrement gênante
- Comorbidités aggravantes (déclin cognitif, risque de chute)

# INCONTINENCE

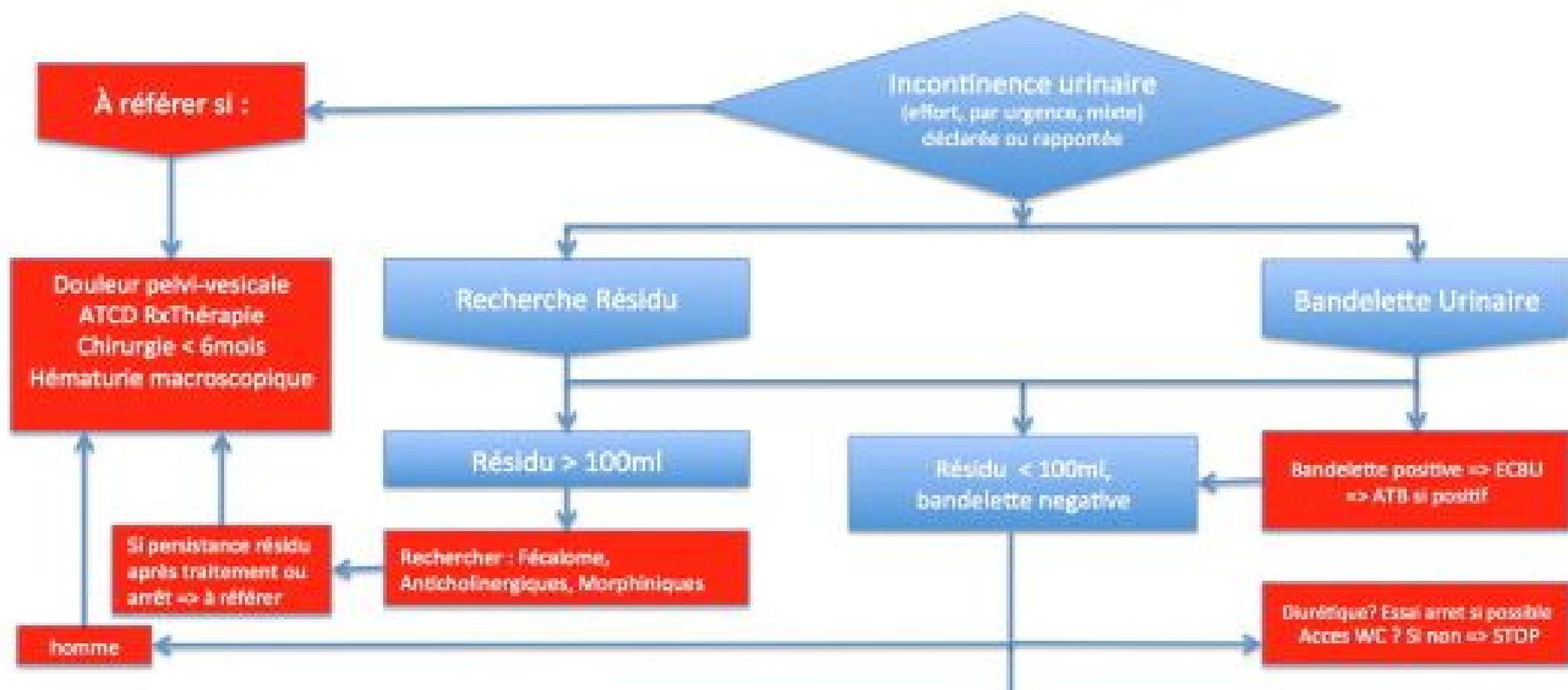


## Recommandations concernant l'incontinence urinaire de la personne âgée : construction et validation de l'algorithme décisionnel GRAPPPA

G. Amarenco<sup>a\*</sup>, X. Gamé<sup>b</sup>, A.-C. Petit<sup>c</sup>, B. Fatton<sup>d</sup>, C. Jeandel<sup>e</sup>, G. Robain<sup>f</sup>, C. Scheiber-Nogueira<sup>g</sup>, J.-M. Vetel<sup>h</sup>, P. Mares<sup>d</sup>, pour Groupe de recherche appliquée à la pathologie pelvi-périnéale de la personne âgée (GRAPPPA)

- Bilan-type :
  - Catalogue mictionnel : Évaluer type d'incontinence (HAV ou IUE)
  - Rechercher RPM ++ (échographie ou sondage intermittent)
  - Bandelette urinaire pour dépistage IU, ECBU si positif

Figure 1 : Algorithme GRAPPPA.



# PLACE DU BILAN URODYNAMIQUE



- Loin d'être systématique chez le sujet âgé
- Importance du catalogue mictionnel
- Difficulté d'interprétation des enregistrements
- À confronter à la clinique ++

# RETENTION



- 20 à 30 % des PA admises en court séjour gériatrique (RPM > 100 mml)
- Pas de consensus sur RPM anormal (100 à 250 ml), à confronter aux symptômes ++
- Intérêt de 2 mesures à 2 moments différents du nycthémère, dans des conditions idéales

# RETENTION



2 RPM par écho

< 250 ml

surveillance

250 - 450 ml

*Dilatation haut appareil urinaire  
Infection urinaire  
Symptômes fonctionnels  
Insuffisance rénale*

> 450 ml

Drainage intermittent ou permanent 15j

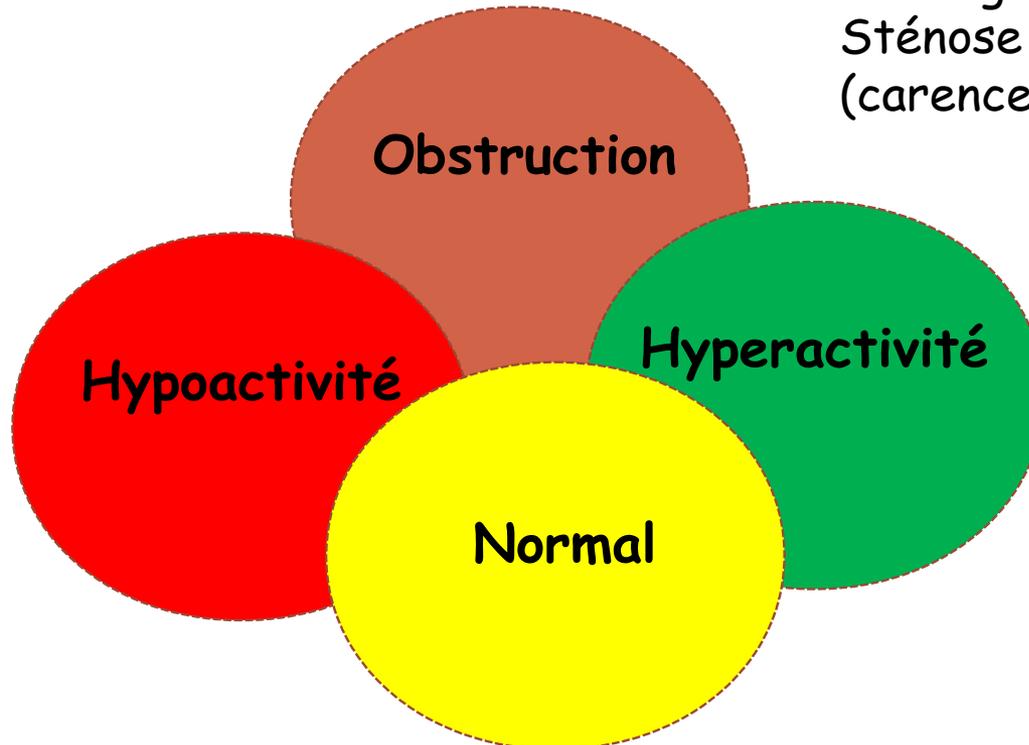
# RETENTION : Etiologies



Fécalome ++

HBP  
Chirurgie incontinence  
Sténose urétrale  
(carence oestrogénique)

Iatrogénie +++  
Pathologies  
neurologiques non  
spécifiques



DHIC  
(detrusor  
hyperactivity  
with impaired  
contractility)

Facteurs favorisants :  
Syndrome d'immobilisation  
Chirurgie (petit bassin)

# RETENTION



- Origine médicamenteuse :
  - Anticholinergiques urinaires : Ditropan\*, Ceris\*, Vesicare\*
  - Antihistaminiques : Atarax\*, Toplexil\*
  - Anti-psychotiques : Leponex\*, Risperdal\*, Tiapridal\*
  - Anti-psychotiques Neuroleptiques : Largactil\*, Haldol\*, Nozinan\*
  - Tt à visée cardiaques : bêtabloquants, inhibiteurs antiarythmiques (Rythmodan\*, Flécaine\*)
  - Antidépresseurs : Laroxyl\*
  - Antiépileptiques : Tégrétol\*
  - Antalgiques centraux : Acupan\*
  - Antiparkinsoniens : Modopar\*
  - Antispasmodiques : Scopolamine\*



# RETENTION



- Eliminer iatrogénie ++++++
- Aucun traitement médicamenteux efficace sur la rétention urinaire
- PEC selon complications +++ :
  - Risque infectieux
    - ✦ moins fréquents que chez sujets jeunes
    - ✦ Bactériurie asymptomatique fréquente, très fluctuante
    - ✦ Infections ++ si sonde à demeure
  - Autres complications : effet sur haut et bas appareil urinaire, confusion mentale, incontinence

# RETENTION : traitement



- Alpha-bloquants
  - Indiqué dans l'hypertrophie de la prostate en 1<sup>er</sup> intention
  - Effets secondaires :
    - ✦ Perturbation de l'éjaculation (très fréquent)
    - ✦ Vertiges, hypotension artérielle (surtout les 2 premiers mois)
      - Moins fréquents si alpha-bloquant sélectif

Silodosine > Tamsulosine = Alfuzosine

  - Surtout si associés aux anti-HTA, dérivés nitrés
  - Risque de chute !

# RETENTION : traitement



- Autosondages :
  - Peu de difficulté d'apprentissage
  - Vérifier :
    - ✦ capacités gestuelles et sensitives
    - ✦ Accès au périnée (verge enfouie, difficulté d'accès au méat urétral, coxarthrose,...)
    - ✦ Compréhension de l'intérêt
  - Éducation du patient ++ : augmentation du temps d'apprentissage, suivi personnalisé et rapproché
  - Aussi indiqués que chez le sujet jeune

# SONDE A DEMEURE



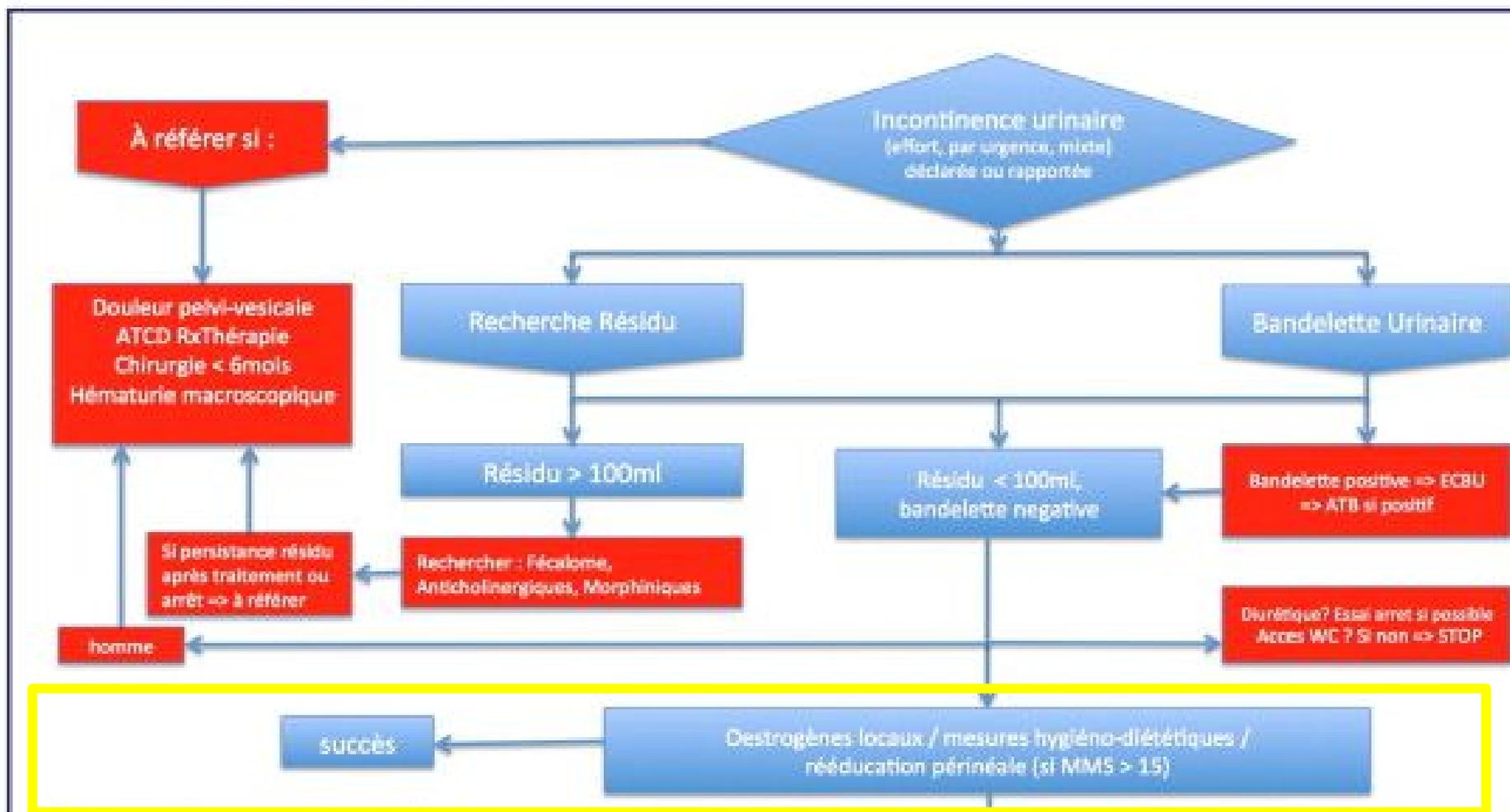
- 30 à 50 % des SAD injustifiées
- 47 % des maintiens de la SAD injustifiés
- SAD plus coûteuse que les protections en institution
  
- Pas d'indication dans l'incontinence ++
- Indications :
  - escarre sacrée chez patients incontinents
  - surveillance diurèse
  - rétention chronique
  - fin de vie si changes douloureux

# INCONTINENCE



- **Mécanismes :**
  - Par urgenturies (hyperactivité détrusorienne)
  - D'effort
  - Mixte

Figure 1 : Algorithme GRAPPPA.



# TRAITEMENT HORMONAL (fem@ne)

- Intérêt car :
  - Nombreux récepteurs E2 dans
    - ✦ Urothélium du trigone vésical
    - ✦ Muscles et ligaments du plancher pelvien
  - Carence oestrogénique :
    - ★ □ trophicité : atrophie vasculaire péri-urétrale
    - ★ Modification collagène : modification contractilité musculaire
    - ★ □ immunité locale

# TRAITEMENT HORMONAL (femme)



- THS par voie générale
  - Pas d'efficacité sur l'IUE
  - Doute sur efficacité dans HAV
  
- Traitement oestrogénique local
  - Efficace sur urgenturies, pollakiurie, □ capacité vésicale
  - □ pression clôture, amélioration IUE

# TRAITEMENT OESTROGENIQUE LOCAL



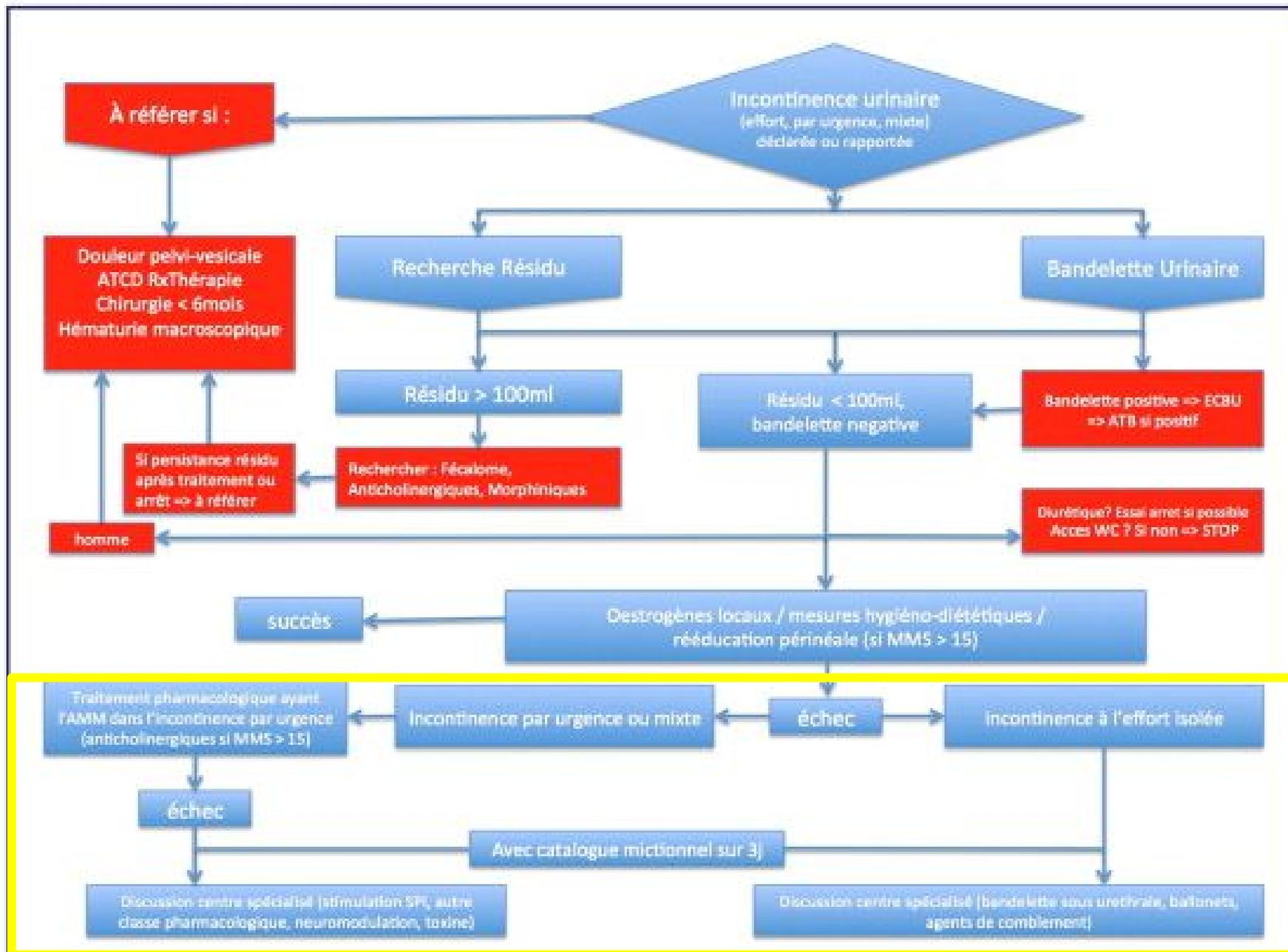
- Colpotrophine\* (Promestriène) : capsule vaginale et crème  
Pas de CI dans cancer sein ou endomètre
- Trophigil\* (Lactobacillus + estriol + progestérone) : capsule vaginale
- 1 capsule tous les jours pendant 3 à 4 semaines puis 2 à 3/sem au long cours
- Crème ++ au pourtour du méat urétral
- En association avec hydratants (acide hyaluronique en ovule : Cicatridine\*, Préméno Duo\*)

# REEDUCATION PERINEALE



- Pour des patients compliants (MMS>15)
- Traitement préalable de l'atrophie vaginale (oestrogènes locaux, ovules acide hyaluronique)
- Efficace sur l'IUE et l'HAV
- Peu d'études spécifiques à la personne âgée
- Privilégier :
  - Renforcement du périnée par contrôle manuel
  - Biofeedback
  - Apprentissage du verrouillage périnéal
  - Électrostimulation éventuellement adjuvante

Figure 1 : Algorithme GRAPPPA.



# TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE PAR URGENTURIES

- Règles hygiéno-diététiques : répartition des boissons, mictions régulières, éviter café, alcool,...
- Rééducation comportementale

# ANTICHOLINERGIQUES



- Contre-indiqué si déclin cognitif (MMS<15)

Altération de BHE ! passage des anticholinergiques

- Traitement qui ne passe pas la barrière hémato-encéphalique :
  - Chlorure Trospium (CERIS : matin et soir 1h avant ou 2h après le repas,
  - Fesotérodine (TOVIAZ 4 et 8: 1 prise par jour)
- Mais aucune étude chez patients avec troubles cognitifs

# ANTICHOLINERGIQUES

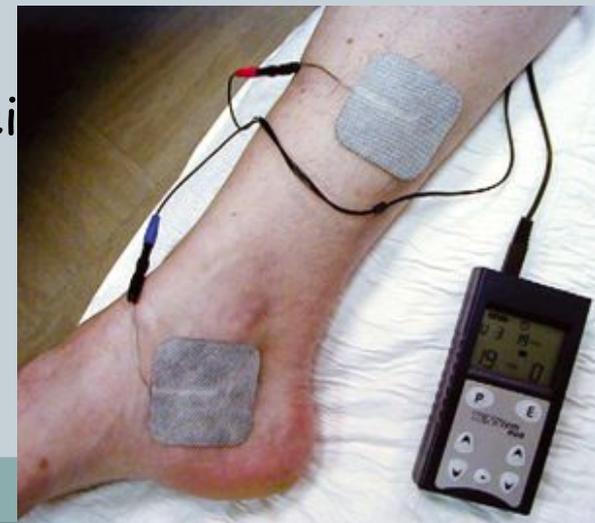


- Évaluer les troubles cognitifs ++ (MMS)
  - avant la prescription
  - réévaluation cognitive après 6 à 12 semaines
- Faible posologie d'abord
- Évaluer RPM à 1 semaine
- Éviter tout autre traitement à effet anticholinergique

# NEUROSTIMULATION DU NERF TIBIAL POSTÉRIEUR

## Voie transcutanée

- 2 électrodes adhésives sur trajet NTP
- Stimulateur portable (UROSTIM 2)
  - Fréquence : 10 Hz
  - Stimulation mode continu : 200  $\mu$ s
  - Intensité : 0 - 20 mA
    - ✦ paresthésies voûte plantaire, flexion orteil
    - ✦ Programmes U3, (U2, U6)
- 1 séance de 20 à 30 mn tous les jours



# NEUROSTIMULATION DU NERF TIBIAL POSTÉRIEUR

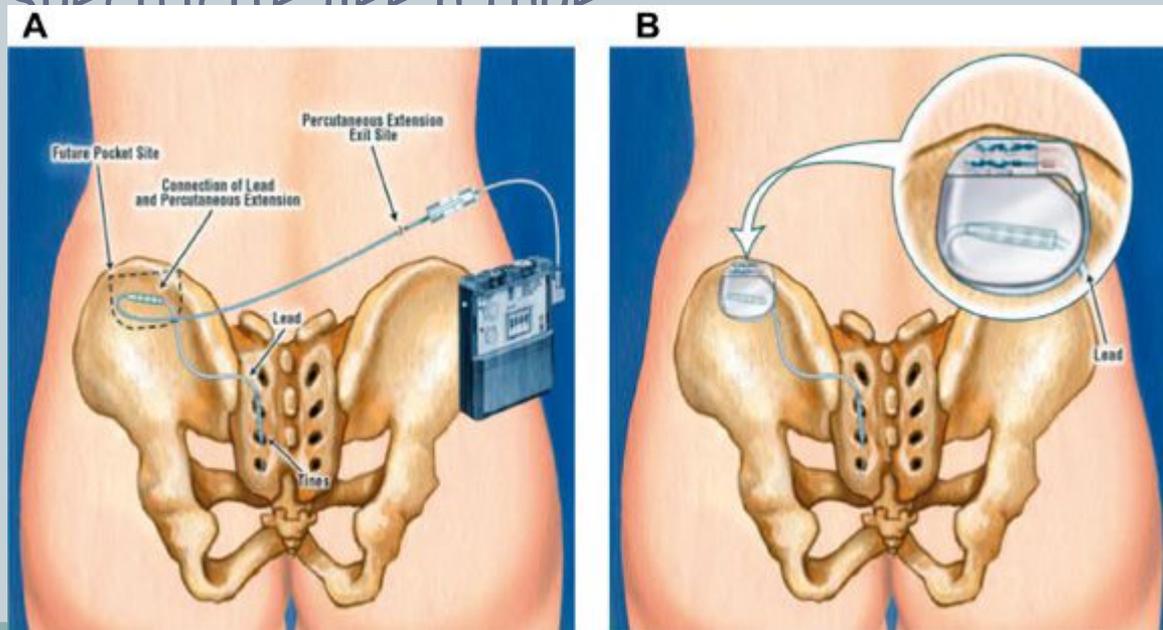
- Peu d'études dans la population âgée
- Excellente tolérance
- Amélioration significative des scores d'incontinence urinaire et de la vidange vésicale (-50 ml)
- Effet possible sur les symptômes digestifs

# AUTRES TRAITEMENTS DES URGENTURIES

- **Toxine botulique en intra-détrusorien**
  - Posologie identique au sujet jeune : 200 U Botox\*
  - Durée d'efficacité idem (6 à 9 mois)
  - Apprentissage des **autosondages** indispensable
  - Pas plus d'effet secondaire que sujet jeune
  - Réinjections peut-être moins efficaces
  - Problème de l'anesthésie récurrente ?

# AUTRES TRAITEMENTS DES URGENTURIES

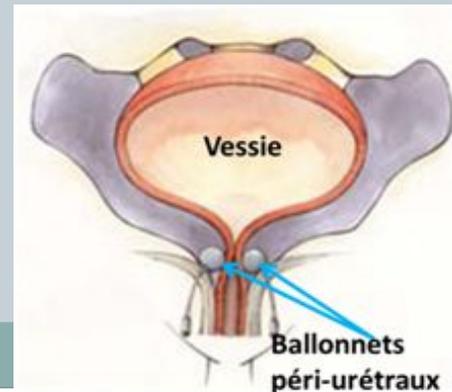
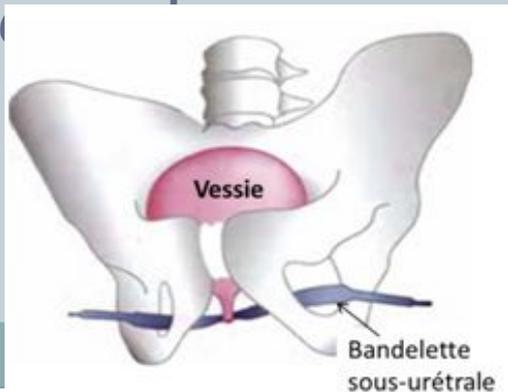
- Neuromodulation des racines sacrées
  - Efficace sur hyperactivité détrusorienne et rétention
  - Effet digestif
  - Pas de spécificité liée à l'âge



# TRAITEMENT DE L'IUE



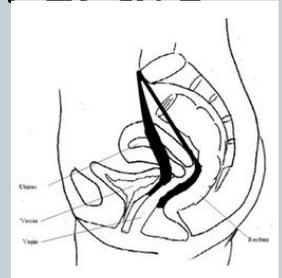
- Oestrogénothérapie locale + rééducation périnéale
- Si échec, demander un avis spécialisé (uro, gynéco) pour chirurgie :
  - Bandelettes TVT, agents comblements, ballonnets péri-urétraux
  - Cure de ...



# CHIRURGIE DU PROLAPSUS



L'âge n'est pas une contre-indication à la chirurgie  
Évaluer la gêne et les comorbidités



- Réparation autologue en 1e intention
- Utilisation de prothèses synthétiques en 2e intention
- Colpoclesis (fermeture vaginale) pour femmes à haut risque anesthésique
- Privilégier les chirurgies courtes et simples (voie basse, pas de coélio-chirurgie)
- Peu de complications post-opératoires et de récives

# CHIRURGIE DE L'IUE



- Morbidité augmente avec
  - l'âge, surtout au-delà de 80 ans
  - la durée de la chirurgie
  - les comorbidités
- Morbidité identique avec AG ou AL

# CHIRURGIE DE L'HBP



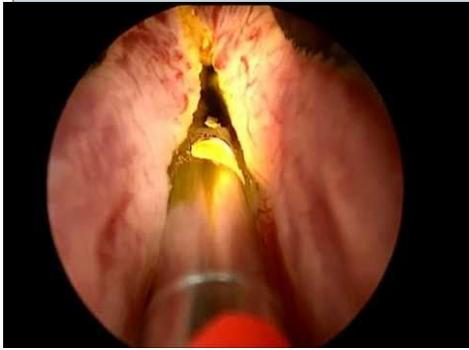
- Indications théoriques
  - Insuffisance rénale obstructive
  - Rétention récidivante ou permanente
  - Hématurie macroscopique récidivante
  - Infection récidivante
  - Calculs vésicaux
  - Incontinence par regorgement
- Mais à discuter selon le contexte et l'état clinique  
++

# CHIRURGIE DE L'HBP



- Plusieurs techniques possibles :
  - Adénomectomie
  - Résection trans-urétrale de prostate, incision cervico-prostatique
  - Vaporisation laser
  - Prothèses endo-urétrales (Mémokath) : évaluation hétérogène

cours sur Botox intra-prostatique



# NYCTURIE



- Envie d'uriner qui réveille le patient
- Mauvaise QdV à partir de 2 levers nocturnes
- Causes :
  - Augmentation diurèse globale
  - Augmentation diurèse nocturne
  - Diminution capacité vésicale
  - Troubles sommeil

Toute altération rénale, cardiaque, cérébrale peut entraîner une nycturie.

# NYCTURIE



- Augmentation diurèse totale :  
DNID non équilibré, diabète insipide, potomanie, mauvaises habitudes alimentaires (hydratation)
- Augmentation diurèse nocturne (*> 1/3 de la diurèse totale chez la personne âgée*) :
  - Modif arginine -vasopressine : âge ou patho neuro (Parkinson, SEP)
  - 3e secteur : insuf. veineuse ou cardiaque, hypoalbuminémie
  - SAS
  - Insuffisance rénale
  - Habitudes alimentaires

# NYCTURIE



- Diminution capacité vésicale :
  - Hyperactivité détrusor
  - Rétention chronique
- Troubles du sommeil :
  - Age
  - SAS
  - Pathologies chroniques :
    - ✦ Neuro : AVC, Parkinson, démence,
    - ✦ Psy : dépression
    - ✦ Cardiaque : , artérite MI, insuffisance cardiaque, SAS
  - Habitudes alimentaires (café, alcool le soir)

# NYCTURIE



- **Traitement**

- **Modification des habitudes :**

- ✦ réduction hydratation en fin journée,
    - ✦ sport dans la journée,
    - ✦ sieste position allongée,
    - ✦ bas contention,
    - ✦ diurétiques à prendre en deuxième partie de journée

# NYCTURIE



- **Traitement étiologique**
  - Hyperactivité vésicale : anticholinergiques
  - Tt adénome prostate (chir ou alphabloquant : peu efficacité sur nycturie)
  - Rééducation périnéale
  - Tt du SAS : peu d'étude sur amélioration franche de nycturie
  - Tt des troubles sommeil : habitudes, limiter somnifères, PEC comportementale

# NYCTURIE



- **Traitement**

- Desmopressine (Minirin\* spray nasal, Minirinmelt\* cpé) :
  - ✦ CI > 65 ans car risque hyponatrémie surtout si > 65 ans, femme, diurèse augmentée, 3e secteur, diminution clairance créatinine
  - ✦ Hors AMM : à petites doses : 25 µg chez femme, 50 µg chez homme

*Weiss, Neurourology urodynamics 2014*

# CONCLUSION



- Troubles urinaires très fréquents, augmentent avec l'âge et la dépendance
- Se méfier de la rétention urinaire et de la iatrogénie
- Choisir le traitement selon l'état du patient et le retentissement de l'incontinence

L'âge ne doit pas être le critère principal de prise en charge !



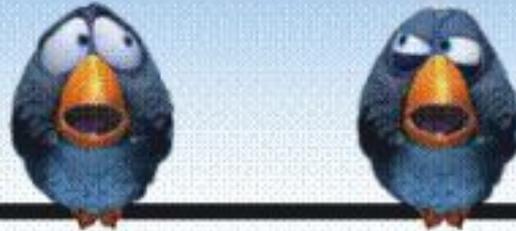
Docteur, j' suis incontinent  
mais je veux pas de couche

Je vais vous prescrire du  
Viagra !

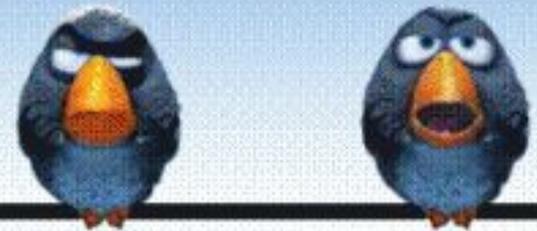


1/4 le matin, 1/4 le midi, 1/4 le  
soir et 1/4 au coucher

Et ça va me guérir ?



Non mais vous pisserez assez  
loin pour ne pas mouiller vos  
pantoufles !



BirdsDessines.fr