

Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Définitions.....	1
2 Prévalence.....	2
3 Incontinence urinaire.....	3
3 . 1 Facteurs de risque.....	1
3 . 2 Physiologie de la continence urinaire : effets du vieillissement	1
3 . 3 Mécanismes physiopathologiques.....	1
3 . 3 . 1 Incontinence urinaire transitoire.....	1
3 . 3 . 2 Incontinence urinaire chronique.....	1
3 . 4 Sémiologie.....	1
3 . 4 . 1 Examen clinique	1
3 . 4 . 2 Examens complémentaires de première intention.....	1
3 . 4 . 3 Démarche diagnostique par étapes successives.....	1
3 . 5 Traitements.....	1
3 . 5 . 1 Moyens thérapeutiques.....	1
3 . 5 . 2 Indications.....	1
3 . 5 . 3 Prévention de l'incontinence urinaire.....	1
4 Incontinence fécale.....	4
4 . 1 Facteurs de risque Etiologies.....	1
4 . 2 Sémiologie.....	1
4 . 3 Traitements.....	1
4 . 3 . 1 Traitement médical.....	1
4 . 3 . 2 Traitement chirurgical.....	1
4 . 3 . 3 Modalités pratiques du traitement.....	1

OBJECTIFS

ENC :

- Devant une incontinence urinaire de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents

SPECIFIQUE :

- 10.1 Définir l'incontinence urinaire organique, fonctionnelle et mixte du sujet âgé.
- 10.2 Définir l'incontinence fécale du sujet âgé.
- 10.3 Énoncer les données de l'anamnèse permettant d'évoquer le mécanisme d'une instabilité vésicale ou d'une incompétence sphinctérienne à l'origine d'une incontinence urinaire.
- 10.4 Citer les éléments sémiologiques en faveur du diagnostic d'une incontinence urinaire secondaire à des mictions par regorgement.
- 10.5 Décrire au moyen d'un schéma les mécanismes neurologiques du contrôle de l'appareil vésico-sphinctérien.
- 10.6 Citer les causes, les facteurs de risque et les facteurs aggravants d'une incontinence urinaire chez les sujets âgés.
- 10.7 Énoncer la nature, les modes d'action, les effets secondaires et les interactions iatrogènes des médicaments prescrits pour l'incontinence urinaire secondaire à une vessie instable ou à une hypertonie sphinctérienne.
- 10.9 Citer les indications et interpréter les résultats d'un bilan urodynamique chez un malade âgé ayant une incontinence urinaire.
- 10.10 Situer sur un algorithme décisionnel les éléments stratégiques utiles pour le diagnostic et la prise en charge d'un malade âgé ayant une incontinence urinaire.
- 10.11 Prescrire une rééducation devant une incontinence urinaire liée à une incompétence sphinctérienne.
- 10.12 Citer les modalités de prévention de l'incontinence urinaire du sujet âgé.
- 10.13 Utiliser un catalogue mictionnel ou grille de miction chez un malade âgé ayant une incontinence urinaire.
- 10.14 Citer les principales indications du traitement chirurgical d'une incontinence urinaire du sujet âgé.
- 10.15 Prescrire et surveiller les modalités du traitement palliatif de l'incontinence urinaire du sujet âgé.
- 10.16 Citer les causes et les facteurs aggravants de l'incontinence fécale du sujet âgé.

- 10.17 Analyser les données de l'examen périnéal statique et dynamique ainsi que les données du toucher rectal chez un sujet âgé ayant une incontinence fécale récente.
- 10.18 Citer les deux causes curables d'incontinence fécale du sujet âgé.
- 10.19 Prescrire et surveiller les modalités du traitement palliatif d'une incontinence fécale du sujet âgé.

INTRODUCTION

L'incontinence est fréquente et pose un problème grave pour les personnes vieillissantes et âgées. Souvent cachée elle peut conduire à un isolement qu'il faut éviter. Aborder ce thème de façon systématique permet une prévention et un traitement à partir d'un diagnostic précis. La prise en charge médicamenteuse, rééducative et psychologique, voire en dernier recours chirurgicale s'avère le plus souvent efficace.

I DÉFINITIONS

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

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

II PRÉVALENCE

La prévalence de l'incontinence urinaire permanente dans la population communautaire âgée de plus de 65 ans est élevée.

Elle atteint environ 10 % des sujets âgés de 70 à 75 ans et un quart des sujets après 85 ans.

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.

La prévalence de l'incontinence fécale dans la population communautaire âgée de plus de 65 ans est estimée chez les hommes à 11 ‰ et à 13 ‰ chez les femmes.

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

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

III INCONTINENCE URINAIRE

FACTEURS DE RISQUE

Le vieillissement et la dépendance physique et/ou mentale sont les principaux facteurs favorisant la survenue d'une incontinence urinaire. La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge. Elle atteint environ 10% des sujets âgés de 70 à 75 ans et un quart des sujets après 85 ans. La survenue d'une incontinence urinaire est fortement liée au déclin cognitif : 90 % des sujets ayant une démence avérée ont une incontinence urinaire permanente.

PHYSIOLOGIE DE LA CONTINENCE URINAIRE : EFFETS DU VIEILLISSEMENT

La continence urinaire nécessite l'intégrité d'un système de réservoir musculaire distensible et compliant (la vessie), d'un appareil résistif sphinctérien (associant un sphincter lisse et strié), d'un système de soutien (le périnée). La vessie et son système sphinctérien sont compris dans l'ensemble de pression abdominale. Lors d'une augmentation de la pression abdominale, la poussée de pression s'exerce aussi sur le sphincter et empêche les fuites.

Le fonctionnement de cet appareil vésicosphinctérien est coordonné par le système nerveux central et périphérique (Figure 1).

Lors du remplissage vésical, le système parasympathique (*cf. glossaire*) est inhibé, ce qui empêche la contraction du détrusor (*cf. glossaire*) et le système sympathique (*cf. glossaire*) est activé, ce qui entraîne la contraction du sphincter lisse. La distension progressive du muscle vésical entraîne la sensation de besoins arbitrairement dénommés B1 ou premier besoin (pour 100 cc environ), B2 ou besoin normal (pour 250 cc environ) et B3 ou besoin impérieux (au delà de 350 cc environ). La miction fait suite à une sensation de besoin. Elle nécessite une contraction vésicale (récepteurs β adrénergiques du détrusor) et un relâchement des sphincters lisse (récepteurs α adrénergiques) et strié (volontaire). Une miction normale doit permettre l'évacuation complète d'urine sans résidu post-mictionnel.

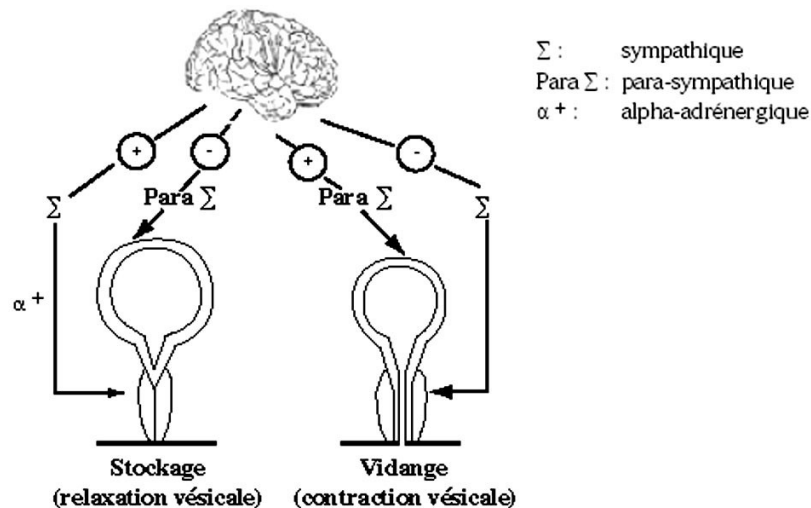
Le contrôle neurologique de la continence nécessite l'intégrité du système nerveux central et des nerfs périphériques.

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, une augmentation du volume de diurèse (*cf. glossaire*) nycturie (*cf. glossaire*)

Figure 1 : Appareil vésico-sphinctérien et son innervation



MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

L'incontinence urinaire a des causes multiples et intriquées.

On différencie l'**incontinence organique** de l'**incontinence fonctionnelle**. L'incontinence organique rassemble les causes liées aux atteintes du système vésicosphinctérien.

L'incontinence fonctionnelle est liée aux difficultés de tous ordres de la personne et de son environnement (handicap physique, difficultés de communication, éloignement des toilettes,...).

Dans tous les cas la présence d'une infection urinaire est un facteur aggravant.

L'**incontinence urinaire transitoire**, en rapport avec une circonstance étiologique aiguë est le plus souvent réversible. Négligée ou non traitée à temps, elle risque de devenir chronique. L'incontinence urinaire quel que soit son stade mérite toujours une prise en

charge active. Erreur à ne pas commettre : mettre des couches aux patients âgés dès qu'apparaît une incontinence. Cette façon d'agir est un court circuit intellectuel, nocif pour le patient. Ce geste ne peut qu'aggraver l'incontinence et la rendre définitive. Autre erreur à ne pas commettre : placer une sonde urinaire.

Incontinence urinaire transitoire

L'incontinence urinaire transitoire est 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 de séjour ...
- les causes iatrogènes (tableau 1),
- 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.

Tableau 1 : Incontinence urinaire transitoire : les causes iatrogènes

Médicaments	Effets
Diurétiques	Remplissage vésical brutal
Anticholinergiques	Inhibition des contractions vésicales
Sédatifs et hypnotiques	Confusion mentale
Opioïdes	Inhibition des contractions vésicales
Agonistes alpha-adrénergiques	Hypotonie sphinctérienne
Hypertonie sphinctérienne	Diminution des contractions du détrusor
Antagonistes alpha-adrénergiques	
Antagonistes calciques	

Incontinence urinaire chronique

On décrit différents types d'incontinence urinaire chronique (tableau 2) :

- 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 prématurées 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).

L'incontinence urinaire mixte est l'association simultanée de plusieurs mécanismes (l'urgence mictionnelle + incontinence sphinctérienne...).

Tableau 2 : Incontinence urinaire chronique organique : causes principales

Type d'incontinence	Mécanisme	Causes
Impériosité mictionnelle (vessie instable)	<ul style="list-style-type: none">• inflammation chronique• obstacle mictionnel	<ul style="list-style-type: none">• lithiase, sonde vésicale• adénome prostatique, sclérose du col vésical, prolapsus
Incontinence sphinctérienne (incontinence d'effort)	<ul style="list-style-type: none">• contrôle neurologique altéré• réduction capacité vésicale	<ul style="list-style-type: none">• démence• tumeur
Miction par regorgement	<ul style="list-style-type: none">• troubles de la statique pelvienne• traumatisme sphinctérien	<ul style="list-style-type: none">• carence oestrogénique• accouchements dystociques• prolapsus• séquelles chirurgicales d'adénomectomie
	<ul style="list-style-type: none">• obstacle urétral• atonie du détrusor	<ul style="list-style-type: none">• adénome et cancer de prostate• sclérose du col vésical• sténose urétrale• vessie " claquée "• diabète• médicaments

SÉMIOLOGIE

Examen clinique

L'**interrogatoire** du malade et/ou de son entourage (familial ou professionnels de santé) précise :

- 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 (*cf. glossaire*), d'une constipation distale ou d'une incontinence fécale associée,
- les antécédents (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux),
- les traitements médicamenteux notamment ceux récemment administrés.

Les données de l'anamnèse (*cf. glossaire*) les plus discriminantes permettant d'évoquer les mécanismes de l'incontinence urinaire sont résumées dans le tableau 3.

Chez la femme, l'examen du périnée recherche un prolapsus (*cf. glossaire*) et une atrophie vulvaire témoignant d'une carence oestrogénique. La responsabilité du prolapsus dans l'incontinence est appréciée par la manoeuvre de Bonney : la réduction aux doigts du prolapsus supprime la fuite urinaire provoquée par la toux. 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. On apprécie, si possible, les conditions de réalisation d'une miction : temps d'attente, efforts de poussée, puissance du jet, durée de la miction et volume.

Puis viennent l'examen neurologique et l'évaluation des compétences cognitives et motrices.

L'estimation des conséquences psychologiques et sociales doit compléter l'examen clinique.

Tableau 3 : Sémiologie comparative et résultat du résidu post mictionnel chez un malade ayant

	une incontinence urinaire		
	Malade ayant une urgence mictionnelle	Incontinence sphinctérienne	Mictions par regorgement
Besoins	impériosité (ou pollakiurie)	normaux	dysurie (ou pollakiurie)
Incontinence			
- diurne	oui	oui	oui
- nocturne	oui	non	oui
Déclenchement par l'effort	+	+++	++
Fréquence des mictions	normale ou ↑	normale	↓, normale, ↑
Résidu post-mictionnel	nul ou faible	nul ou faible	important

Examens complémentaires de première intention

L'examen **cytobactériologique des urines**, en cas de positivité des bandelettes réactives, est systématique pour rechercher une infection urinaire basse. Le traitement d'une infection urinaire symptomatique lors d'une incontinence urinaire récente restaure parfois la continence urinaire. En cas d'incontinence urinaire chronique, le traitement d'une infection urinaire est moins efficace.

Le **résidu post-mictionnel (Résidu post-mictionnel)** est mesuré par échographie ou, chez la femme, par sondage avant un test de remplissage. Cet examen mesure le volume post-mictionnel, rapporté au volume mictionnel. Un résidu post-mictionnel significatif correspond soit à 20 % du volume mictionnel émis naturellement ou à un résidu ³ 100 à 150 ml.

Un **test de remplissage vésical**, progressif, à l'eau stérile ou au sérum physiologique tiède, détecte les contractions vésicales prématurées ou intempestives et étudie le seuil de perception du besoin mictionnel. Il est réalisé au lit du malade après la mesure du résidu post-mictionnel par la sonde mise en place dans la vessie. Il démasque, lors d'un effort volontaire déclenché sur ordre (ex : toux) l'existence d'une incontinence périnéale et/ou sphinctérienne. Cet examen de réalisation simple chez la femme peut remplacer dans bien des cas les examens urodynamiques classiques qui obligent au déplacement du patient vers

le service spécialisé.

On estime que le test de remplissage vésical a une bonne sensibilité et spécificité par rapport à un bilan urodynamique classique de référence pour dépister une instabilité vésicale.

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

La **débitométrie** est l'étude du débit urinaire c'est à dire la relation volume uriné / unité de temps. Le débit enregistré est la résultante entre les forces d'expulsion et les résistances sphinctériennes. Un débit de pointe inférieur à 15 ml/s indique une obstruction du col vésical ou un détrusor insuffisant (figure 2).

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 (figures 3, 4 et 5).

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.

L'examen urodynamique est indiqué :

- en cas d'incontinence urinaire récente chez un malade âgé coopérant et motivé, systématiquement lorsqu'un traitement chirurgical de l'incontinence urinaire (ex : cure de prolapsus ou d'adénome prostatique) est envisagée,
- lorsque l'examen clinique ne permet pas d'identifier la cause de l'incontinence ou en cas d'incontinence urinaire mixte.
- en l'absence de réponse clinique après un traitement médicamenteux d'épreuve bien mené.

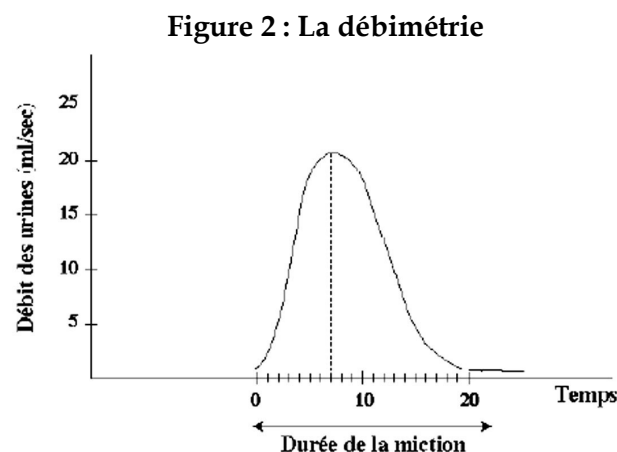


Figure 3 : La cystomanométrie normale

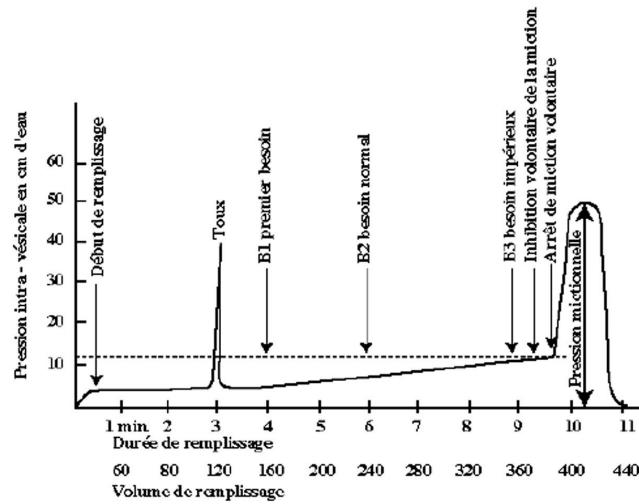


Figure 4 : La cystomanométrie d'une vessie atone

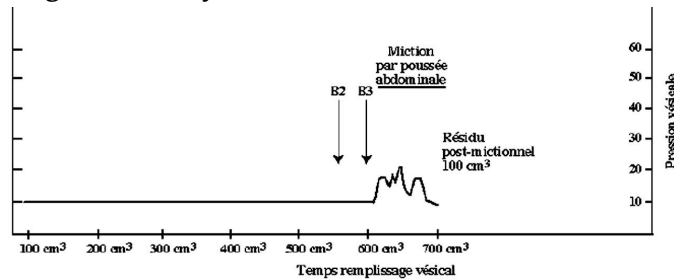
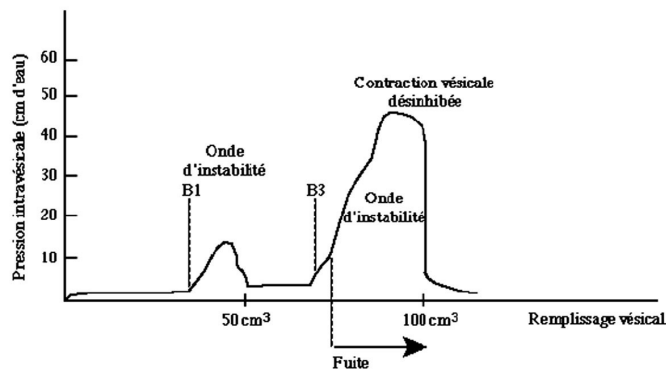


Figure 5 : La cystomanométrie d'une vessie instable



Démarche diagnostique par étapes successives

L'approche clinique d'un malade âgé incontinent urinaire comporte quatre étapes successives :

- 1) Recherche d'une incontinence urinaire fonctionnelle liée à l'incapacité du malade à réaliser la miction dans des conditions satisfaisantes.
- 2) Recherche et traitement de facteurs aggravants ou précipitants : fécalome, infection urinaire, effets secondaires de médicaments.

3) Mesure du résidu post-mictionnel. Un résidu nul ou faible est en faveur d'une vessie instable ou d'une incontinence sphinctérienne. Un résidu important est en faveur d'une vessie atone ou d'un obstacle urétral.

4) Si besoin, réalisation d'autres explorations complémentaires: bilan urodynamique, explorations urologiques, échographie prostatique transrectale,...

TRAITEMENTS

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 la composante fonctionnelle de l'incontinence 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 on conseille de reporter la majorité des prises sur la première partie de la journée.

Grille ou calendrier mictionnel des 24 heures : Remplie par le malade ou son entourage, elle précise l'espacement des mictions, la sensation du besoin, la survenue des pertes urinaires. Elle contribue au choix et à l'adaptation thérapeutique. Elle permet d'établir des protocoles de mictions urinaires programmées, destinés à réduire la fréquence et la gravité de l'incontinence. Ces protocoles de soins sont motivants et efficaces, malgré les difficultés d'utilisation liées à la mobilité des malades et aux limites liées à des effectifs soignants insuffisants.

Les sondages itératifs 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 et être limités dans le temps compte-tenu de l'irritation locale et du risque infectieux qu'ils peuvent provoquer.

- **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.

Leur prescription :

- 1) se fait à dose progressive avec une surveillance étroite particulièrement dans les premiers jours du traitement,
- 2) doit être reconsidérée après 3 semaines de traitement où ils seront interrompus en l'absence d'efficacité objectivée par la grille mictionnelle.

Les cholinergiques (prostigmine) améliorent la contraction du détrusor et sont indiqués dans les atonies vésicales.

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.

- **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.

L'efficacité de ces techniques doit toujours être objectivement mesurée après deux mois.

Ces techniques ont une place primordiale dans la stratégie de la prévention primaire de l'incontinence urinaire chez l'adulte jeune.

- **Le traitement chirurgical**

Un traitement chirurgical de l'incontinence urinaire doit être proposé aux malades ayant des mictions par regorgement pour corriger une sténose urétrale ou une hypertrophie prostatique obstructive. Pour les femmes âgées ayant des déficiences périnéales majeures, on propose une cervicopexie et, en cas de contre-indication chirurgicale la pose d'un pessaire reste une solution possible.

Le recours au sphincter artificiel reste exceptionnel.

- **Les traitements palliatifs**

L'utilisation de sondages vésicaux (intermittents ou à demeure) est uniquement réservée aux cas de vessie rétentionnelle.

L'utilisation de couches de protection représente aujourd'hui la solution palliative habituelle. Elle n'est légitime qu'après échec ou non-indication des autres thérapeutiques. Son coût est élevé et à la charge du malade.

Chez les hommes atteints d'incontinence urinaire sans rétention, l'utilisation d'étui pénien peut être proposée, si le malade l'accepte et le supporte.

Indications

Trois circonstances sont à prendre en compte :

Vessie instable

Règles hygiéno-diététiques, calendrier mictionnel, anticholinergiques s'ils ne sont pas contre-indiqués, biofeedback.

Vessie atone et dyssynergie vésico-sphinctérienne

Cholinergiques, alpha-bloquants en complément si dyssynergie, sondages itératifs.

Obstacle

Alphabloquants, adénomectomie ou résection endoscopique, dilatation urétrale.

En cas d'obstacle prostatique avec résidu post-mictionnel, le traitement chirurgical doit être envisagé.

Prévention de l'incontinence urinaire

La prévention de l'incontinence urinaire, par la rééducation périnéale, doit intervenir systématiquement dans le post-partum. Cette prévention spécifique est différente de la

rééducation visant à restaurer une tonicité de la paroi musculaire abdominale.

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause est le second moyen efficace de prévention de la déficience périnéale et sphinctérienne en l'absence de contre-indications générales.

Les autres modalités de prévention primaire ou secondaire passent par l'éviction ou la réduction de la iatrogénie (incluant les sondages vésicaux abusifs ou la mise en place abusive de couches), le traitement d'une constipation distale et la réévaluation périodique des traitements médicamenteux au long cours.

(Recommandation : Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale □ Actualisation 2003 [en ligne]. Mai 2003.) Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale.

(Recommandation : Haute Autorité de Santé. Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques [en ligne]. Février 2000.) Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

IV INCONTINENCE FÉCALE

L'incontinence fécale, est définie par l'exonération involontaire de selles liquides ou solides.

FACTEURS DE RISQUE ETIOLOGIES

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

Les étiologies de l'incontinence fécale du sujet âgé se répartissent en deux groupes selon l'existence ou non d'une atteinte périnéale. Les étiologies de l'incontinence fécale du sujet âgé sont résumées dans le Tableau 4.

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.

Tableau 4 : Etiologies de l'incontinence fécale chez les sujets âgés

I. Incontinence fécale sans lésion périnéale :

- 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.

II. Incontinence fécale associée à une atteinte périnéale :

- Traumatique : séquelles de chirurgie anorectale, traumatismes obstétricaux
- Incontinence fécale neurogène idiopathique (dénervation périnéale) : post-obstétricale, prolapsus rectal, syndrome du périnée descendant

SÉMIOLOGIE

L'examen clinique d'un malade âgé atteint d'incontinence fécale recherche des éléments anamnestiques de constipation chronique, notamment de constipation distale, la notion de chirurgie abdomino-pelvienne, de traumatismes obstétricaux et l'existence d'une incontinence urinaire.

L'association d'une incontinence fécale et d'une incontinence urinaire est fréquente (observée chez 90 % des malades âgés avec incontinence fécale quotidienne) et peut relever de mécanismes communs (ex : ptose périnéale).

L'examen de la statique pelvienne, la recherche d'un prolapsus rectal et la réalisation de touchers pelviens sont fondamentaux. Le toucher rectal permet d'évaluer la tonicité de la contraction volontaire du sphincter anal et de rechercher un fécalome.

Des examens complémentaires (ex : anoscopie, rectoscopie, coloscopie, défécographie, électromyographie, manométrie ano-rectale...) peuvent être secondairement discutés, leurs indications étant fondées sur les données de l'examen clinique et leur faisabilité.

TRAITEMENTS

Le traitement de l'incontinence fécale du sujet âgé reste difficile. La prise en charge thérapeutique est limitée parce que les étiologies sont souvent peu accessibles au traitement (ex : incontinence fécale secondaire à une atteinte neurogène périphérique idiopathique) et à une altération des capacités cognitives. Peu de travaux validés ont été à ce jour publiés sur le thème du traitement spécifique de l'incontinence fécale en gériatrie

Traitement médical

- **Les médicaments et la prise en charge fonctionnelle**

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

Les diarrhées peuvent être modulées par des freinateurs du transit non atro-piniques type loperamide ou opioïdes, de ralentisseurs du transit associés à de l'atropine, de la cholestyramine. L'utilisation prolongée de cholestyramine est particulièrement indiquée en cas d'incontinence fécale secondaire à une diarrhée chez un malade ayant un antécédent de cholécystectomie. En cas d'utilisation prolongée, la cholestyramine qui se lie avec une grande affinité à certains médicaments (ex : warfarine, β -bloquants) doit faire l'objet d'une surveillance particulière.

En cas de constipation associée à une incontinence fécale le traitement est basé sur les mesures comportementales nécessitant une coopération étroite entre les soignants ou l'entourage du malade (ex : conduite systématique aux toilettes) et sur l'utilisation de laxatifs non irritants. Les laxatifs osmotiques type lactulose ou à base de polyéthylène glycol comme les macrogols sont les plus adaptés dans cette situation.

L'association d'une constipation distale et d'une incontinence fécale justifie l'emploi des laxatifs utilisés par voie rectale (ex : suppositoires de glycérine) combinés à des lavements évacuateurs et la mise régulière des patients sur les toilettes (et non le bassin au lit !). La surveillance de la régularité de l'exonération et un toucher rectal périodique détectent précocement une récurrence de fécalome chez les patients à risque comme les malades alités, et les sujets déments...

- **Les mesures physiologiques et électrophysiologiques**

Ces traitements nécessitent une coopération active des malades. La fréquence élevée des altérations cognitives chez les malades âgés est le principal facteur limitant leur application.

La musculature 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. Elle vise à éduquer le malade pour améliorer le contrôle de la sangle pubo-rectale et du sphincter anal externe.

La musculature peut être renforcée par l'électrostimulation.

Le biofeedback est une méthode instrumentale qui nécessite la coopération d'un patient motivé dont le but est de visualiser les étapes du dysfonctionnement anorectal impliqué dans les mécanismes de l'incontinence fécale associée à une constipation distale. Elle est couplée à un apprentissage de la sensibilité rectale réalisée au moyen de ballonnets en position intrarectale distendus avec des volumes croissants destinés à restaurer une

sensation du besoin d'exonération. Cette méthode reste cependant peu envisageable chez la majorité des sujets âgés.

Traitement chirurgical

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'une rectocèle (rectopexie) et dans un but palliatif, la réalisation d'une colostomie de propreté sont deux traitements chirurgicaux à discuter.

Modalités pratiques du traitement

La prise en charge thérapeutique de l'incontinence fécale doit porter en premier lieu sur les causes curables au premier rang desquelles figure la constipation distale et la régularisation du transit en cas de diarrhée.

La durée de ce traitement est liée à sa tolérance. Son efficacité doit être évaluée sur la fréquence de l'incontinence en utilisant des catalogues d'exonération (proches des catalogues mictionnels utilisés en cas d'incontinence urinaire).

Dans la plupart des cas, le traitement de l'incontinence fécale reste palliatif et non curatif. Lorsque l'incontinence fécale est quotidienne, plurifactorielle secondaire à des lésions périnéales et/ou neurogènes évoluées Le recours aux protections est la solution adaptée.

V ANNEXES

GLOSSAIRE

- **anamnèse** : L'anamnèse est le récit des antécédents. L'anamnèse retrace les antécédents médicaux et l'historique de la plainte actuelle du patient (c'est-à-dire l'histoire de la maladie - terme qui n'est pas synonyme d'anamnèse), avec les résultats des différentes explorations déjà faites et les traitements entrepris. Plainte signifie ici de quoi se plaint le patient (et non pas faire une plainte). Elle est recueillie en général suite à un interrogatoire mené par un médecin auprès du patient ou de l'un de ses proches. Elle est le premier élément de l'examen médical proprement dit. Elle est colligée dans le dossier médical. C'est la première étape pour aboutir au diagnostic. Le motif de la consultation est un élément clé de l'anamnèse et doit être mis en évidence dans le dossier.
- **détrusor** : Le détrusor est la couche musculuse de la vessie. Il est constitué de 3 couches distinctes, de la lumière vers l'extérieur : la couche plexiforme, la couche circulaire et la couche longitudinale. Ces deux dernières couches sont en continuité avec les couches circulaire interne et longitudinale externe des uretères. Entre les deux méats urétéraux, la barre inter-urétérale est un épaississement de la couche musculaire circulaire. Ceci permet une contraction synchronisée nécessaire au système anti-reflux de l'urine vers les uretères.
- **diurèse** : La diurèse est l'élimination de l'urine dans son ensemble, de façon qualitative et quantitative. D'un point de vue qualitatif, la diurèse fait référence à la composition de l'urine : eau, ions, composés organiques ..., à l'ensemble du trajet de l'urine : formation de l'urine au niveau du rein, transport par l'uretère, stockage dans la vessie et enfin élimination de cette urine à travers l'urètre lors de la miction. D'un point de vue quantitatif, on parle de débit urinaire (exprimé en général en L/jour, mL/jour ou mL/min). Les termes débit urinaire et débit de diurèse sont synonymes. Un débit urinaire normal est compris entre 800 mL et 1500 mL par jour. Cette valeur dépend de la quantité d'eau absorbée.
- **dysurie** : La dysurie est la difficulté à l'évacuation de la vessie. Elle est souvent méconnue car indolore et d'installation progressive. On décrit la dysurie d'attente, initiale au début de la miction, et la dysurie de poussée, parfois terminale. Cette dysurie s'accompagne d'une diminution de la force du jet. On en rapproche les mictions en deux temps, les gouttes retardataires, et la sensation de vessie non vide en fin de miction.

- nycturie : Terme issu du grec nux : nuit, et ouron : urine. Excrétion urinaire ayant lieu préférentiellement la nuit. Normalement, la quantité d'urine diminue pendant la nuit (de 2 à 4 fois par rapport au jour). La nycturie se caractérise par une émission d'urine plus abondante la nuit que le jour. Elle force le malade à se lever une ou plusieurs fois pendant la nuit pour uriner, et se rencontre au cours du cancer de la vessie et de l'insuffisance rénale (le rein est incapable de concentrer les urines pendant la nuit). Elle est parfois due à l'absorption de boissons trop abondantes avant de se coucher. Elle correspond à une inversion du rythme normal de la diurèse (volume d'urine sécrétée par les reins pendant un certain temps).
- prolapsus : Le prolapsus génital (ou descente d'organes dans le langage courant) est un déplacement anormal, soit d'un ou plusieurs organes du pelvis féminin vers le bas. Le pelvis, ou petit bassin de la femme, contient trois organes : La vessie en avant, l'utérus et le vagin au milieu, et le rectum en arrière. Le prolapsus génital (ou descente d'organes dans le langage courant) est un déplacement anormal, soit d'un seul organe, soit de deux organes, soit des trois organes du pelvis vers le bas, avec, éventuellement, l'issue de cet organe à l'extérieur, à travers l'orifice vulvaire ou à travers l'anus.
- système parasympathique : Le système nerveux parasympathique est l'un des deux constituants du système nerveux de l'homme qui, avec le système nerveux sympathique (ou ortho-sympathique) constitue le système nerveux végétatif (ou autonome).
- système sympathique : Appelé également orthosympathique, le système nerveux sympathique correspondant à la mise en état d'alerte de l'organisme et à la préparation à l'activité physique et intellectuelle. Le système nerveux sympathique appartient aux trois parties du système nerveux autonome (ou végétatif) efférent (partant du centre du système nerveux pour aller vers la périphérie). Les deux autres parties sont le système nerveux entérique (globalement digestif) et le système nerveux parasympathique qui généralement entraîne des réponses opposées (les spécialistes en neurologie disent antagonistes) au système nerveux sympathique.

RECOMMANDATION

- Haute Autorité de Santé. Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques [en ligne]. Février 2000. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271901/bilans-et-techniques-de-reeducation-perineo-sphincterienne-pour-le-traitement-de-lincontinence-urinaire-chez-la-femme-a-l'exclusion-des-affections-neurologiques

- Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale □ Actualisation 2003 [en ligne]. Mai 2003. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272291/prise-en-charge-de-lincontinence-urinaire-de-la-femme-en-medecine-generale-actualisation-2003

ABRÉVIATIONS

- RPM : Résidu post-mictionnel