

Centre Hospitalo-universitaire de Constantine

Dr Benbadis

Service de Médecine Interne

Les troubles vésico-sphinctériens du sujet âgé

Cours de Gériatrie : 6 ème année médecine

Préparé par : Dr Kermiche.M

Année 2023/2024

Plan du cours :

- I. Introduction
 - II. Incontinence urinaire
 - Définition/Epidémiologie
 - Physiologie de la continence urinaire
 - Etiologies
 - Diagnostic clinique
 - Examens paracliniques
 - Démarche diagnostique
 - Traitement
 - III. Nycturie
 - IV. Dysurie
- conclusion
Références

I. Introduction :

Les troubles sphinctériens urinaires sont fréquents

Ils sont dus soit à une pathologie d'organe (trouble de la statique pelvienne, adénome de prostate) ou d'origine neurologique.

Ils sont également un des premiers stigmates du vieillissement et marquent une entrée dans la fragilité chez la personne âgée.

L'incontinence urinaire avec ses différents visages est le plus fréquent de ces troubles devant la dysurie, sinon il peut s'agir d'une nycturie.

II. INCONTINENCE URINAIRE :

Définition :

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

La prévalence de l'incontinence urinaire permanente dans la population 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.

Le vieillissement et la dépendance physique et/ou mentale sont les principaux facteurs favorisants. L'incontinence est fortement liée au déclin cognitif : 90 % des sujets ayant une démence avérée ont une incontinence 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)

Le fonctionnement de cet appareil vésicosphinctérien est coordonné par le système nerveux central et périphérique

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

Le vieillissement entraîne les modifications suivantes :

- une augmentation relative du nombre des récepteurs parasymphatiques, 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 nycturie

Étiologies :

L'incontinence urinaire a des causes multiples et intriquées.

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
Opioides	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) :

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 • contrôle neurologique altéré • réduction capacité vésicale 	<ul style="list-style-type: none"> • lithiase, sonde vésicale • adénome prostatique, sclérose du col vésical, prolapsus • démence • tumeur
Incontinence sphinctérienne (incontinence d'effort)	<ul style="list-style-type: none"> • troubles de la statique pelvienne • traumatisme sphinctérien 	<ul style="list-style-type: none"> • carence œstrogénique • accouchements dystociques • prolapsus • séquelles chirurgicales d'adénomectomie
Miction par regorgement	<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

Diagnostic clinique :

Examen clinique :

L'interrogatoire : 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, d'une constipation distale ou d'une incontinence fécale associée,
- les antécédents (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux),
- les traitements médicamenteux notamment ceux récemment administrés

L'examen physique :

- Chez la femme, l'examen du périnée recherche un prolapsus et une atrophie vulvaire témoignant d'une carence œstrogénique
- En cas de prolapsus, on pratique 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
- Palpation et la percussion de l'hypogastre recherchent un globe.
- Examen neurologique et évaluation des compétences cognitives et motrices.

Examens complémentaires :

- Bondelette urinaire, si positif ECBU systématique
- Le résidu post-mictionnel (Résidu post-mictionnel) mesuré par échographie
- Un test de remplissage vésical, progressif, à l'eau stérile ou au sérum physiologique tiède, étudie le seuil de perception du besoin mictionnel.
- L'examen urodynamique est indiqué :

Si incontinence urinaire **récente** chez un malade âgé **coopérant et motivé**, systématiquement lorsqu'un **traitement chirurgical** est envisagée,

en l'absence de réponse clinique après un traitement médicamenteux d'épreuve bien mené.

--> La débitmétrie est l'étude du débit urinaire (la résultante entre les forces d'expulsion et les résistances sphinctériennes)

--> 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.

--> La sphinctérométrie apprécie le tonus du sphincter et donc sa pression de clôture.

Démarche diagnostique :

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

- 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,...

Traitement :

Le traitement de la composante fonctionnelle de l'incontinence repose principalement sur l'adaptation optimale du malade à son environnement, disponibilité de l'entourage

Toute infection urinaire symptomatique doit être traitée en préalable.

Le traitement de l'incontinence urinaire organique dépend des étiologies

Les règles hygiéno-diététiques et comportementales :

-- La gestion des boissons (le volume quotidien ne doit pas être diminuer)

-- Grille ou calendrier mictionnel des 24 heures : Elle contribue au choix et à l'adaptation thérapeutique

-- Les sondages itératifs sont parfois proposés en cas d'incontinence urinaire avec rétention urinaire récidivante sans besoin mictionnel volontaire (doivent être limités dans le temps).

-- Traitements médicamenteux :

Les anticholinergiques (oxybutinine, imipramine) inhibent les contractions vésicales et sont donc indiqués dans l'urgence 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

--La rééducation périnéale : réservée aux malades motivés

--Le traitement chirurgical : 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

III. **Nycturie** : elle est définie par l'International Continence Society comme la plainte d'une personne de devoir se réveiller la nuit pour uriner, chaque miction étant précédée et suivie d'une période de sommeil.

Chez le patient âgé, l'interférence avec les syndromes gériatriques et les comorbidités accroît la morbi-mortalité. La nycturie et les troubles du sommeil qui en découlent sont associés à un risque accru de chute, de fracture, d'événements cardiovasculaires, de troubles de l'humeur et de prise de psychotropes (hypnotiques, antidépresseurs) et indirectement de mortalité.

Causes :

Mécanisme physiopathologique	Etiologies		
Diminution de la capacité vésicale fonctionnelle	Hyperactivité vésicale, avec ou sans incontinence, et fréquence mictionnelle > 8/24 h, et/ou nycturie		
	Hyperplasie bénigne de la prostate ou obstruction à la vidange vésicale		
	Infection du tractus urinaire		
	Petite capacité vésicale		
Production excessive nocturne d'urine	Polyurie nocturne		
	Syndrome œdémateux périphérique (sans insuffisance cardiaque)		
	Insuffisance cardiaque congestive	Troubles du sommeil	Trouble du maintien du sommeil
	Diabète sucré mal contrôlé		Syndrome d'apnées du sommeil
	Apport excessif hydrique sur le nyctémère ou consommation juste avant d'aller se coucher		Syndrome des jambes sans repos ou mouvements périodiques des jambes
	Prise de substances diurétiques	Mécanisme inconnu	Hypertension

IV. **La dysurie :** est une miction douloureuse ou gênante, associée classiquement à une sensation de brûlures intense. Elle résulte de l'irritation du trigone de la vessie ou de l'urètre. Une inflammation ou une sténose de l'urètre provoque des difficultés à l'initiation de la miction et une brûlure lors de la miction.

Conclusion :

- 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.
- Le diagnostic précis de ces troubles permet une prévention et un traitement adéquat
- La prise en charge médicamenteuse ; rééducative et psychologique ; voire en dernier recours chirurgicale s'avère le plus souvent efficace

Références :

1. Drs ALEXANDRE DA COSTA et al, Nycturie du patient âgé : en pratique, Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 1946-51
2. Marie-Aimée Perrouin-Verbe et al, Troubles de la miction de l'adulte et du sujet âgé, en ligne depuis : <https://www.urofrance.org/lafu-academie/formation-du-college/referentiel-du-college-durologie-5eme-edition/chapitre-08-troubles-de-la-miction-de-ladulte-et-du-sujet-age/>