

Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme âgée

Quelques vérités :

- Prévalence de l'incontinence : 50 % et plus en EHPAD
- Retentissement psychologique important et retentissement social non moins important
- Peu de plaintes fonctionnelles, beaucoup de résignation
- Prises en charge diagnostique et thérapeutique mal connues.
- Parfois symptomatique d'autres pathologies à traitement spécifique (diabète, hypercalcémie, infection, fécalome, prolapsus, tumeur, iatrogénie, confusion)
- Des examens simples et peu coûteux, pour des solutions possibles
- Des facteurs précipitants « DIAPPERS »
 - D= Délire, confusion
 - I= Infection Urinaire basse
 - A= Atrophie vagino-urétrale
 - P= Psy (dépression)
 - P= Pharmaco (iatrogénie)
 - E= Excès (apports, diurétiques)
 - R= Restriction mobilité
 - S= Constipation/fécalome
- Le problème n'est pas l'âge, mais la gêne ressentie, le désir d'amélioration des troubles conditionnant l'acceptabilité des mesures envisagées

Les mécanismes et prises en soin possibles, en accord avec la personne

● Incontinences urinaires d'effort :

Mécanisme :
-Hypermobilité ss-urétrale
-Insuffisance sphincter

- Rééducation périnéo-sphinctérienne++ par kiné ou sage-femme
- Oestrogènes locaux (ovules, crèmes)
- Chirurgie ambulatoire (dont bandelette TVT) ou cure de prolapsus
- Ballonnets ajustables, sphincters artificiels

● Incontinence par impériosité ou « urgenturie »

Mécanisme :
Contractions du détrusor
« mal à propos »

- Rééducation périnéo-sphinctérienne
- Oestrogènes locaux
- Bilan uro-dynamique si échec
- En deuxième intention : traitement anti-cholinergique d'épreuve 5 à 8 semaines maxi (risque iatrogène) ; Préférer Cl de tropsium ou Solifénacine qui ne passent pas la barrière H-E .

Le mécanisme est souvent mixte chez la PA

● Incontinence par rétention = regorgement

Attention iatrogénie : psychotropes, opioïdes, ...

-Obstacle
-Hypotonie

- Evaluation résidu post-mictionnel par écho graphie sus-pubienne
- Bilan biologique de la fonction rénale
- Si prolapsus : pessaires, dont pessaire-cube (si fonctions cognitives compatibles)
- Avis spécialisé urologue

L'équipe de l'EHPAD

- ▶ Remplit un questionnaire ciblé
 - auprès de toute nouvelle entrante
 - en cas de survenue d'un trouble urinaire
- ▶ Réalise une bandelette urinaire si notion d'incontinence récente
 - Si BU positive, IDE prévient médecin
 - L' équipe recherche causes simples :
 - causes hygiéno-diététiques
 - constipation
 - problème d'accès aux toilettes (éclairage, troubles de l'orientation, de mobilité)
 - rythme des mictions inadapté (calendrier mictionnel)
 - épisode confusionnel, agitation (globe)

Le Médecin traitant

Organise la suite de la prise en soin, si nécessaire

- ▶ Examen gynécologique (testing périnéal, manœuvre de Bonnet, sangle abdo)
- ▶ ECBU si BU +
- ▶ Réévaluation des traitements favorisant l'incontinence
- ▶ Selon le mécanisme, prescription :
 - Rééducation périnéo-sphinctérienne +++
 - Bilan fonction rénale (recommandé 1 fois/an)
 - Oestrogènes locaux : ovules 2-3 fs / sem +/- crème
 - Echographie sus-pubienne (Résidu PM)
 - Consultation spécialisée (dont bilan uro-dynamique)
 - Traitement anti-cholinergique d'épreuve