

L'appareil urinaire chez la personne âgée et chez la personne handicapée

Elisabeth Shao
Infirmière libérale
DU pelvi perinéalogie

- Le bas appareil

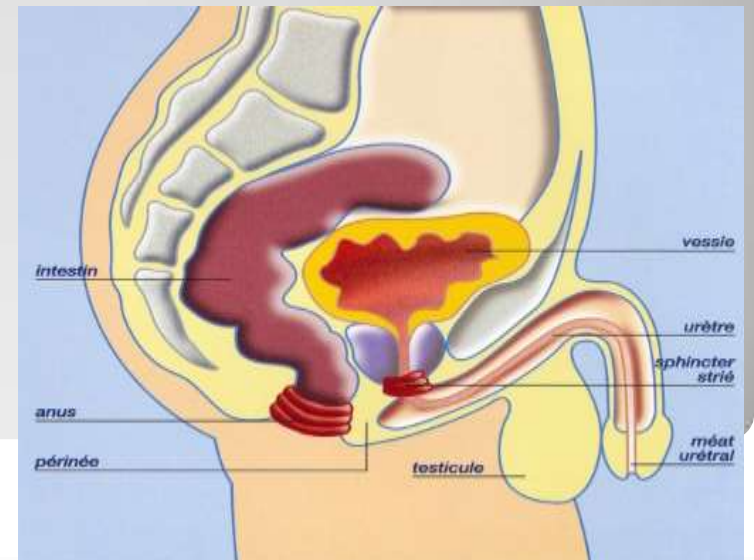
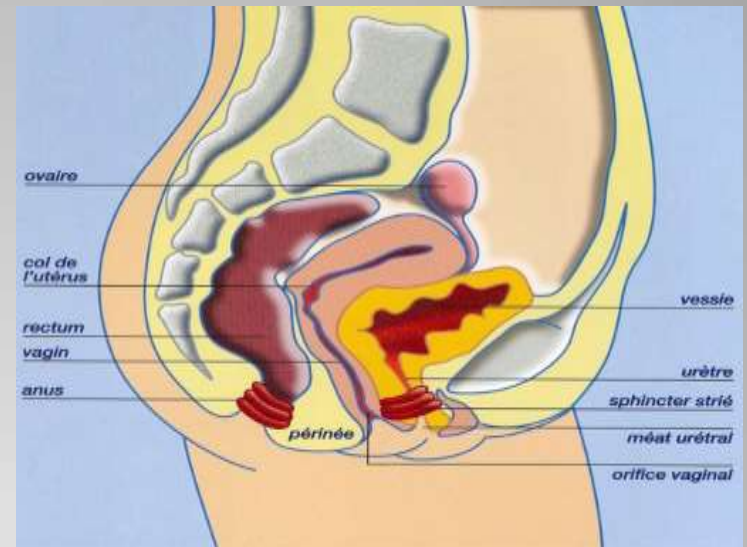
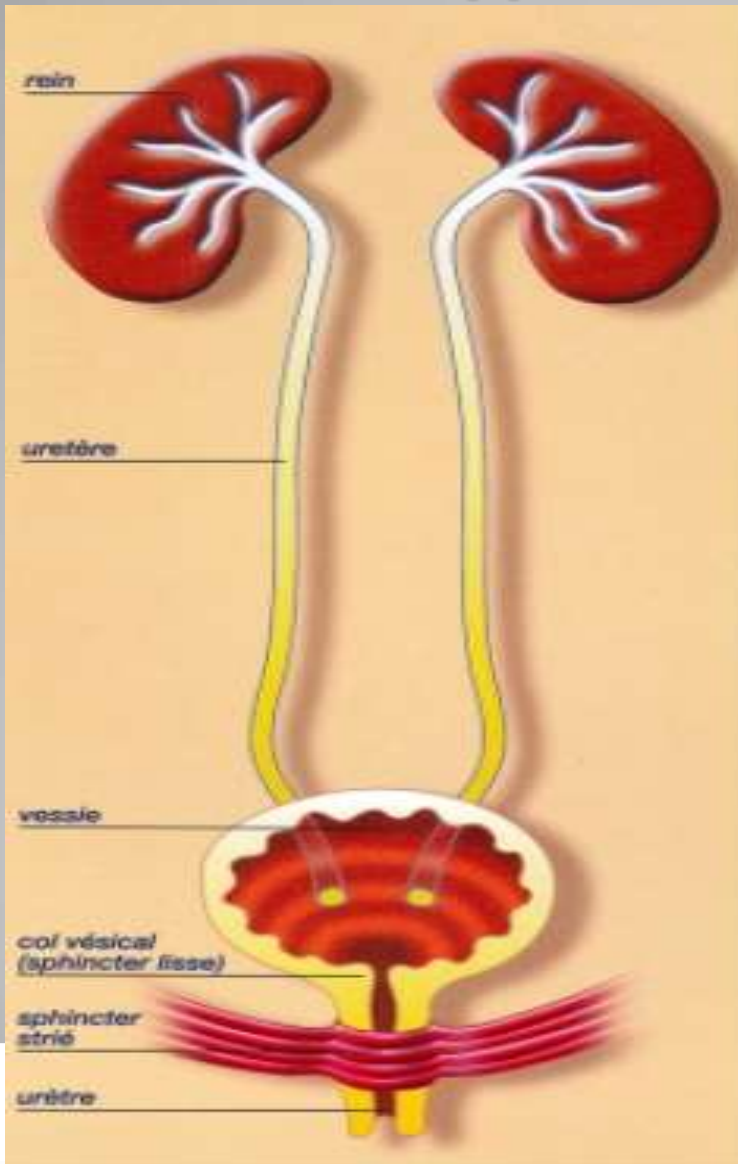
- vessie et urètre
- vessie, muscle creux entièrement sous péritonéal, 2 fonctions:
 - réservoir des urines entre 2 mictions
 - expulsion des urines, 4 à 6 fois/24h, de 250 à 400ml
- urètre, canal évacuateur, 2 capacités:
 - contraction/relâchement
 - 2 dispositifs musculaires=lisse+strié

- le haut appareil

- reins, 2 uretères

Physiologie de la continence et de la miction

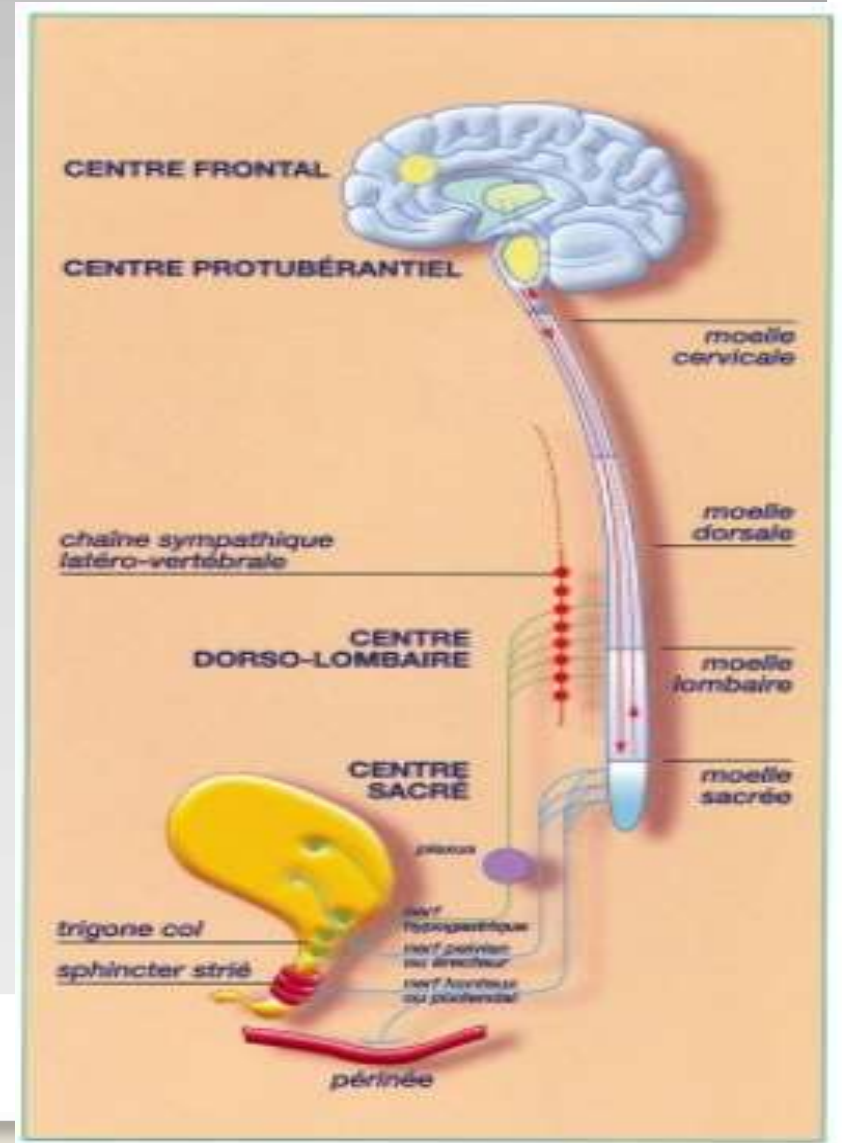
Anatomie de l'appareil urinaire



Physiologie de la continence et de la miction

Contrôle neurologique du cycle continence - miction

- L'équilibre entre les pressions urétrales et vésicales est le fruit d'un double contrôle neurologique
 - volontaire par le système nerveux somatique
 - et involontaire par le système nerveux végétatif.
- Ce contrôle neurologique met en jeu l'ensemble des étages du système nerveux



Physiologie de la continence et de la miction

La continence et la miction sont le résultat d'un équilibre entre les pressions vésicales et urétrales

- L 'équilibre vésico-sphinctérien
 - vessie doit contenir les urines
 - les expulser facilement
 - protéger le haut appareil

La miction normale est facile, volontaire, complète

Prévalence incontinence personne agée

- 10% des sujets agées de 70 à 75 ans
- 1/4 des sujets de plus de 85 ans
- Estimée entre 50 et 70% des personnes agées institutionnalisées
- À l'origine de problèmes hygiéno dietétiques, sociaux , d'isolement et de restriction des activités sociales.
- Cout important

vieillissements et dépendance: facteurs de risques sur fonction urinaire

- Vieillissement tissulaire
- Polypathologie
- Troubles moteurs
- Iatrogénie
- Troubles mnésiques
- Troubles cognitifs
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Oligodipsie
- ...

Symptômes les + fréquents

- Incontinence (diurne/nocturne/totale)
 - Incontinence organique ≠ incontinence fonctionnelle
- Infections urinaires+++
- Rétention urinaire
(aigue/chronique/complete ou incomplete)
- dysurie

Incontinence par imperiosité

- Pertes d'urines sur sensations de besoins urgents.
- Par:
 - Hyperactivité detrusorienne (↗ nb recepteurs parasympathiques,)
 - ↘ qualité contrôle inhibition du détrusor (démence)
 - Infections urinaires
 - Calculs
 - Sonde vésicale

Incontinence à l'effort

- Perte d'urines sans besoin systématique, lors des efforts (marche, levers, toux...)
- Causes:
 - Déficience périnéale
 - Carences oestrogeniques
 - prolapsus
 - Atcd grossesse/accouchements/chirurgicaux
 - Maladie neuro (MPI)

Incontinence par regorgement rétention urinaire partielle

- Pertes d'urines « de type fuites à l'effort » sur vessie pleine partiellement +/- infections
- Causes:
 - Obstacle urétral
 - hypotonie du detrusor
 - Pathologie (Diabète++)
 - Iatrogénie (anticholinergiques, sédatifs, hypnotiques, opioïdes, etc..)

Rétention urinaire totale

- Absence de mictions complètes avec présence d'un residu vésical important++, signes d'infections urinaires
- Apparition confusion+++
- Causes:
 - Obstacle
 - Iatrogenie+++
 - Atcd rétention aigue

Sémiologie

- Examen clinique+++

- Recueil des symptômes
- interrogatoire sujet et famille, ancienneté symptômes, fréquence, circonstances déclenchantes, antécédents , traitements en cours

- Calendrier mictionnel

- Quantité , horaires des mictions et fuites
- Apport hydrique
- Examen du périnée, recherche d'un prolapsus, réalisation d'une manœuvre de Bonney

Sémiologie: examens complémentaires 1ere intention

- ECBU
- Mesure du résidu post mictionnel (par sondage ou bladder scan)
- Echo vésico rénale
- Bilan urodynamique
 - pour sujet âgé coopérant et motivé,
 - si traitement chir,
 - lorsque l'examen clinique ne permet pas d'identifier la cause,
 - en l'absence de réponse clinique apres ttt)

Démarche diagnostique

1. Recherche incontinence fonctionnelle
(liée à incapacité à réaliser miction dans des conditions satisfaisantes)
2. Recherche et traitements des facteurs aggravants (fécalome, infection, iatrogénie)
3. Mesure du résidu post-mictionnel
4. Si besoin, examens complémentaires

Traitements

- Approche multidisciplinaire afin de répondre aux critères d'efficacité en prenant en compte les différentes pathologies ou handicaps du malade.
- Traitement de la composante fonctionnelle repose essentiellement sur adaptation optimale du malade à son environnement (connaissance, moyen d'appels, vêtements, mobilier, etc)
- Traitement de l'incontinence organique dépend de l'étiologie

Moyens thérapeutiques

- Regles hygiéno-dietetiques et comportementales.
- Implication du sujet via la tenue du calendrier mictionnel
- Mise en place d'une reprogrammation mictionnelle+++
- Traitements medicamenteux
- Reeducation
- Sondages
- palliatifs

Vessie hyperactive

- règles hygiéno-diététiques
- Stimulation SPI
- Anticholinergiques
 - Efficacité++
 - Contre-indications:
 - Tbs cognitifs
 - Glaucôme angle fermé
 - Obstacle cervico-urétral

Obstacle uretral

- Alpha-bloquants
 - Indiqués pour obstacle prostatique
 - Utilisés en cas d'hypertonie sphincterienne chez la femme
 - Attention: potentialisent les ttt antihypertenseurs donc majorent le risque d'hypotension donc de chute
- Sondages iteratifs

Incontinence à l'effort

- Regles hygiéno-dietétiques
- Reeducation périnéale
- Traitements hormonaux substitutifs locaux
- Chirurgie
- Pose d'un pessaire
- palliatif

Les troubles urinaires chez le sujet handicapé en neurologie

- Le blessé médullaire:
 - suppression du besoin
 - dépend de l'atteinte:
- si > D12:
 - vessie centrale=hyperactivité +DVS
 - risque de vessie de lutte
- si entre L3 et S5
 - vessie périphérique, syndrome de la queue de cheval=rétention, vessie acontractile
- si de D12 à L2
 - vessie centro périphérique

Les troubles urinaires chez le sujet handicapé en neurologie(2)

- la SEP:
 - fréquent, polymorphes:
 - impériosité, fuites, pollakiurie DVS
 - hyperactivité vésicale+DVS
- la MPI:
 - 30%, tardifs
- la neuropathie diabétique:
 - rétention++
 - troubles du besoin

Exploration

recueil de données de symptômes

- **Évaluer la sévérité des symptômes**
 - Survenue occasionnelle, permanente, intensité des troubles
 - Scores de symptômes:
 - Mesure du handicap urinaire, Score IPSS
- **Évaluation du handicap ressenti** (échelles de qualité de vie)
- **Facteurs de risques** (obstétricaux, chirurgicaux, médicamenteux, ménopause, vieillissement tissulaire, obésité, constipation, port de gaine ou corset lombaire)
- **Habitudes de vie** (catalogue des boissons, sport)

EXAMEN CLINIQUE

- **Général**

- Pathologie générale sous-jacente
- Évaluer les éventuelles **incapacités associées**
 - statut neuromoteur et orthopédique (limitations articulaires, spasticité)
 - capacités fonctionnelles (déambulation, transfert, dextérité)
 - Capacités cognitives

- **Examen périnéal**

EXAMENS PARACLINIQUES

- Trois principales indications
 - Visée diagnostique: Préciser le type de trouble
 - Visée pronostique:
 - Prévenir les complications uronéphrologiques
 - Dépister précocement un retentissement sur le haut appareil urinaire et la sphère digestive
 - Visée thérapeutique:
 - Adaptation optimale du traitement

Explorations paracliniques

- Bilan urodynamique+++
 - En systematique à l'apparition de troubles neuro-urologiques
 - Ssi ecbu-
- Echographie vesico-rénale
- UCRM

Prise en charge thérapeutique

- **Double objectif**

- Fonctionnel:
 - limiter les conséquences de l'incontinence sur les activités de vie quotidienne
- Organique:
 - préserver l'avenir uronéphrologique et le capital cutané

- **Personnalisée et régulièrement adaptée**

- A la personne et à son environnement (difficultés neuromotrices, cognitives, psychologiques, ressources humaines et domestiques)

- **Multidisciplinaire**

- Patient, proches, équipe soignante (aides soignants, infirmiers, kinésithérapeute, ergothérapeute, stomathérapeute), médecins (médecin traitant, pédiatre, rééducateur, urologue, chirurgien digestif)...

Prise en charge thérapeutique

MOYENS

- Pharmacologique
 - Oral, endovésical, rectal
- Fonctionnel
 - Reprogrammation vésicale
 - Rééducation périnéale
 - Drainage vésical (sondages)
- Neuromodulation
- Chirurgicaux

- Arsenal thérapeutique + important chez le sujet handicapé
- Moins de pathologies associées
- Notion âge
- Accessibilité à la chirurgie
- Sondages intermittents+++

Traitement endovésical

Toxine botulique:

paralyse la contraction vésicale

administration: chez le patient
neurologique

injections sous
cystoscopie, hôpital, efficace 6 à 12
mois,

association systématique aux sondages
intermittents

Prise en charge chirurgicale

- Chez le neurologique seulement+++
- Objectifs:
 - Confort
 - Sécurité rénale
 - Autonomie
- Moyens:
 - Agrandissement du réservoir vésical
 - Dérivations urinaires+++
 - Stimulation des racines sacrées antérieures