

Incontinence urinaire

*R. Mahamdia, T. Cudennec
Hôpital Sainte Périne, Paris*

L'incontinence urinaire se définit comme la perte involontaire d'urines par le méat urétral. C'est un symptôme trop rarement exprimé par les patients qu'il faut savoir rechercher. Malheureusement encore considérée comme tabou, sa fréquence est régulièrement sous-estimée. Il faut la dépister dans certaines populations à risque afin de pouvoir proposer un traitement médical adapté.

EPIDEMIOLOGIE

L'incidence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge, notamment à partir de la ménopause. Sa prévalence est de 9% dans la population générale et supérieure à 20% après l'âge de 80 ans. Au domicile, cette pathologie atteint 14 à 18% des personnes de plus de 75 ans. En institution, près de 50% des patients sont incontinents tous sexes confondus. Ces chiffres correspondent à 3 millions de personnes en France, dont deux tiers sont âgés de plus de 60 ans et 700 000 sont des hommes. Le vieillissement et la dépendance physique et mentale en sont les principaux facteurs favorisant. En effet, 90 % des malades ayant une démence avérée souffrent d'incontinence urinaire.

CONSEQUENCES

- ***L'incontinence urinaire est souvent responsable d'un isolement social*** et d'un repli du patient sur lui-même. Parmi les sujets âgés qui ne sortent plus du domicile, beaucoup sont incontinents. Son retentissement psychologique est important, toujours mal vécu, car elle est perçue comme une contre évolution sociale comparativement à l'acquisition de la propreté chez l'enfant. Elle est ressentie comme une véritable blessure narcissique et est fréquemment à l'origine de syndromes dépressifs et de sentiments de dévalorisation.
- ***Au stade de l'infirmité***, elle devient un facteur de rejet et d'institutionnalisation. L'incontinence urinaire représente en effet la troisième cause d'institutionnalisation après l'isolement social et la démence.
- ***Son retentissement physique*** n'est pas négligeable. Il se traduit par la survenue de davantage de chutes et de fractures du col fémoral chez ces personnes par rapport au reste de la population. Cette incontinence peut être à l'origine d'infections urinaires, cutanées et favorise la constitution d'escarres.

PHYSIOLOGIE DE LA MICTION

La principale propriété de l'appareil vésico-sphinctérien est d'assurer le confort et la sécurité ; le confort d'être continent et d'uriner sur commande après sensation d'un besoin, et la sécurité pour le haut appareil urinaire grâce aux propriétés visco-élastiques du muscle vésical.

La continence nécessite l'intégrité d'un système de réservoir représenté par la vessie, d'un système résistif assuré par les sphincters et d'un système de soutien que constituent les muscles du plancher pelvien.

Le cycle mictionnel comprend deux phases :

- **Une phase de remplissage** durant laquelle la vessie peut contenir un grand volume alors que la pression vésicale reste basse, ne dépassant pas 15 cm H₂O. Cette capacité suffisante est environ de 300 ml et permet un confort mictionnel adapté aux contraintes sociales. Pendant cette phase, la pression urétrale est élevée grâce à l'activité tonique des sphincters lisses de l'urètre (80 cm H₂O) permettant ainsi une continence parfaite. Les muscles du plancher pelvien jouent un rôle important, surtout lors d'un effort ou d'une urgence mictionnelle, par contraction réflexe ou volontaire.

- **Une phase de vidange vésicale** au cours de laquelle le gradient de pression s'inverse. A ce moment, la pression vésicale augmente grâce à la contraction du détrusor sous l'effet d'une stimulation parasympathique. En parallèle, les pressions urétrales s'effondrent sous l'action du relâchement du tonus sympathique permettant l'évacuation des urines. La miction doit être facile, rapide et complète sans résidu.

L'innervation du système vésico-sphinctérien comprend une composante végétative assurée par le système nerveux autonome sympathique et parasympathique permettant le contrôle du détrusor, du col vésical et du sphincter lisse. Il s'y ajoute également une commande somatique, donc volontaire, qui dirige le sphincter strié et les muscles du périnée.

PARTICULARITES DU VIEILLISSEMENT VESICAL

Le vieillissement de l'appareil vésico-sphinctérien et du système nerveux de contrôle permet d'expliquer la fréquence de l'incontinence urinaire chez la personne âgée.

- **S'agissant de la vessie**, on observe avec le vieillissement une augmentation du pourcentage de collagène dans la paroi musculaire pouvant expliquer la diminution de la capacité vésicale et une plus faible distensibilité. La baisse de l'innervation intrinsèque touche principalement les récepteurs cholinergiques expliquant la diminution de la contractilité de la vessie et à un moindre degré les récepteurs bêta adrénergiques expliquant la tendance à l'hyperactivité pendant la phase de remplissage.

- **Les sphincters et le périnée** s'appauvrissent en fibres musculaires, en récepteurs et en innervation. En revanche, ils s'enrichissent en collagène et en cellules graisseuses.

- **Au niveau de l'urètre**, la carence hormonale post-ménopausique entraîne une atrophie épithéliale, une diminution de la contractilité et de la distensibilité, ainsi qu'une moindre sensibilité des récepteurs alpha.

- **Chez l'homme**, c'est l'augmentation du volume de la prostate qui peut être à l'origine d'une atrophie de sous utilisation du sphincter strié.

- **Sur le plan neurologique**, on note une baisse de la qualité du contrôle inhibiteur du détrusor assuré par les structures cérébrales sous corticales et médullaires contribuant ainsi aux contractions vésicales accidentelles.

- **L'observation d'une augmentation du volume de diurèse la nuit** est secondaire à la réduction des capacités tubulaires de concentration des urines (nycturie).

Ces modifications se traduisent sur le plan uro-dynamique par une diminution de la pression de clôture urétrale maximale. Les contractions involontaires du détrusor augmentent et sont parfois responsables d'instabilité vésicale.

Tous ces éléments ne créent pas une incontinence mais favorise fortement sa survenue. Il faut souligner le rôle important occupé par la polyopathie qui affecte la plupart des personnes âgées de plus de 75 ans et qui peut être à l'origine d'un retentissement considérable sur l'appareil vésico-sphinctérien.

Enfin, la polymédication également trop fréquente dans cette population (diurétiques, inhibiteurs calciques, bêta bloquants, anti-parkinsoniens) est également un grand pourvoyeur de décompensation de troubles urinaires.

LES MECANISMES DE L'INCONTINENCE URINAIRE

- **Dans un premier temps, il est nécessaire de savoir reconnaître et éliminer une fausse incontinence.**

Une incontinence par regorgement est le premier diagnostic à évoquer devant toute incontinence urinaire. Elle est secondaire à une rétention d'urines chronique. La mesure du résidu post-mictionnel par échographie sus-pubienne ou par sondage vésical aller-retour redresse le diagnostic. Il faut également éliminer les situations où l'incontinence urinaire peut-être liée à une perte d'autonomie qui empêche le malade d'atteindre les toilettes. Dans ce cas, il n'y a pas de dysfonctionnement vésico-sphinctérien

patent et l'examen neuro-urologique est normal. Enfin, il est toujours nécessaire d'éliminer une cause médicamenteuse pouvant être à l'origine du trouble.

- ***L'incontinence par urgence mictionnelle*** est la première cause d'incontinence chez le sujet âgé de plus de 65 ans. Elle est due à la survenue de contractions vésicales non inhibées lors de la phase de remplissage. La perte urinaire n'est précédée que de quelques secondes de la sensation de besoin d'emblée impérieux. La perte d'urine est intermittente, mais fréquente, diurne et nocturne, sans rapport avec la position du sujet. Son étiologie la plus fréquente est l'hyperactivité vésicale. Celle-ci se traduit lors du bilan uro-dynamique par des contractions détrusoriennes intempestives lors du remplissage vésical. La vessie échappe alors à l'inhibition physiologique du système parasympathique vésical réalisée par les centres nerveux sous-corticaux. Il peut s'agir d'une stimulation du système parasympathique par la présence d'une épine irritative dans les mêmes métamères notamment lors de l'existence d'un fécalome, d'une escarre, de varices hémorroïdaires, d'une fissure anale, ou encore d'ongles incarnés.

- ***L'incontinence d'effort*** touche essentiellement la femme. La plupart des efforts physiques et plus simplement la toux s'accompagnent d'une augmentation de la pression intra-abdominale. Cette majoration de la pression est normalement transmise simultanément et avec la même valeur à la vessie et à l'urètre proximale situées dans la même enceinte. Deux situations exposent à un défaut de transmission de pression sur le segment de clôture : le prolapsus qui place la partie proximale de l'urètre hors de l'enceinte abdominale et l'insuffisance de la musculature sphinctéro-périnéale. L'incontinence d'effort se traduit cliniquement par une perte involontaire d'urines lors d'un accroissement brutal de la pression abdominale. Elle est caractérisée par une perte peu abondante (de l'ordre de quelques gouttes), jamais nocturne, et exacerbée par les efforts comme la toux, les étternuements, les rires, la marche ou simplement un changement de position. Elle se traduit sur le plan urodynamique par une augmentation de la pression intra-urétrale inférieure à 80% de l'augmentation de la pression intravésicale lors de l'effort. La pression urétrale de clôture est dans ce cas basse.

- ***L'incontinence mixte*** est la situation la plus fréquemment observée en gériatrie. Elle associe les deux mécanismes précédemment évoqués.

FACTEURS FAVORISANTS

- ***Certaines causes sont spécifiques à la femme.*** Elles comprennent les grossesses notamment lorsqu'elles sont multiples et caractérisées par des accouchements difficiles, l'existence d'un prolapsus génital ou vésical, la carence en estrogènes qui accompagne la ménopause, un antécédent d'hystérectomie ou de radiothérapie pelvienne.

- ***Chez l'homme,*** les causes urologiques les plus souvent rencontrées à l'origine d'une incontinence urinaire sont l'adénome prostatique et les complications d'une chirurgie prostatique ou vésicale. L'incontinence urinaire d'effort post-chirurgicale prostatique est le plus souvent transitoire et s'améliore le plus souvent à l'aide d'une rééducation périnéale.

- ***D'autres facteurs sont communs aux deux sexes*** comme certaines pathologies neurologiques notamment la maladie de Parkinson, les séquelles d'accident vasculaire cérébral, la sclérose en plaque ou encore une lésion de la moelle épinière.

QUE FAIRE DEVANT UNE INCONTINENCE URINAIRE ?

La prise en charge doit être globale. Le patient doit être rassuré et soutenu.

L'interrogatoire est un temps capital de l'examen il précise l'ancienneté et les circonstances de survenue des fuites (diurnes, nocturnes, lors d'un effort). Il précise également la sensation du besoin et son mode d'installation, qu'il soit progressif ou d'emblée urgent. On évalue également l'importance des pertes urinaires en faisant préciser le nombre de garnitures utilisées quotidiennement, leur retentissement sur la vie sociale et la gêne ressentie par les patients.

L'examen clinique comporte un examen général et neuro-périnéal en étudiant les différents étages : urologique, gynécologique et rectal.

L'analyse du catalogue mictionnel est intéressante. Elle permet de quantifier les apports liquidiens et peut renseigner sur le mécanisme éventuellement en cause.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- *L'examen cyto-bactériologique des urines* doit être réalisé de façon systématique. L'infection urinaire favorise fortement la survenue d'une incontinence.
- *Une échographie pelvienne* est réalisée le plus souvent en présence de signes irritatifs. Elle permet d'éliminer une tumeur vésicale notamment chez les fumeurs, de visualiser un calcul intravésical et enfin de mesurer le résidu post-mictionnel qui doit être inférieur ou égal à 20% du volume mictionnel.
- *Le bilan urodynamique* comprend une débitmétrie qui permet de déceler un obstacle ou une hypotonie vésicale, une cystomanométrie qui étudie la sensibilité vésicale et recherche des contractions vésicales désinhibées, ainsi qu'une sphincterométrie qui renseigne sur l'état du sphincter lisse et mesure la pression de clôture de l'urètre. Ce bilan n'est pas réalisé de façon systématique. Il intervient lorsque l'examen clinique et les premiers examens complémentaires cités ne permettent pas de mettre en évidence une cause simple au trouble observé. Le bilan urodynamique permet de comprendre le mécanisme physiopathologique de l'incontinence. Sa réalisation doit tenir compte de l'état cognitif et comportemental du sujet car il nécessite la coopération du patient pour sa réalisation.

LES TRAITEMENTS ENVISAGEABLES

- *Les méthodes de rééducation.*
 - *La rééducation périnéale* associe des techniques passives (électrostimulation), actives (kinésithérapie de Kegel) et comportementales (Biofeedback). Elle permet de renforcer les muscles du plancher pelvien, d'améliorer le schéma corporel et d'apprendre au malade à contracter les bons muscles et d'éliminer les contractions parasites des muscles abdominaux (inversion de commande). Cette méthode ne comporte aucun risque pour la personne et doit être proposée autant que possible.
 - *La rééducation de la marche*, des transferts, l'adaptation de l'environnement ainsi que l'apprentissage et la facilitation de l'accès aux toilettes sont des éléments importants de la prise en charge.
 - *La rééducation comportementale* occupe une place importante en médecine gériatrique. Elle consiste en un ré-entraînement de la vessie en cas d'instabilité vésicale. Elle repose sur la réalisation par le sujet d'un catalogue mictionnel qui permet d'allonger les intervalles intermictionnels de façon à imposer à la vessie un volume de réplétion progressif jusqu'à 300 ml. Elle donne de bons résultats dans l'urgence mictionnelle, notamment en association au traitement anticholinergique. Les mictions programmées à heures fixes sont une méthode employée par les soignants. Elle consiste à faire uriner le patient sur incitation et non pas lors de sensation de besoin.
- *Les traitements médicamenteux.*
 - *Le traitement hormonal local* améliore la trophicité des muqueuses et facilite le travail du kinésithérapeute.
 - *Les anticholinergiques* sont utilisés en cas d'hyperactivité vésicale. Cependant, ils sont à l'origine de la survenue de nombreux effets très indésirables chez les personnes âgées comme une sécheresse buccale, une constipation, une poussée glaucomateuse ou encore l'apparition d'un syndrome confusionnel. Lors de la prescription de ces molécules, le sujet doit être informé et ré-examiné afin d'éliminer la survenue d'une rétention d'urine.
 - *Les alpha-stimulants* ont une efficacité médiocre et sont à l'origine d'effets secondaires non négligeables en raison de leur effet vasoconstricteur.
- *Les traitements chirurgicaux.* Leurs indications doivent être discutées en raison du caractère non réversible et du risque inhérent à ces techniques. Il peut correspondre à la résection d'un adénome de prostate, au traitement d'une sténose urétrale, à une intervention sur prolapsus, réalisation d'une T.V.T. (Tension Vesical Tape) ou à la réalisation de bandelettes sous-urétrales. Dans ce cas, la réalisation d'un bilan uro-dynamique doit être systématique.
- *Les traitements palliatifs* consistent en l'utilisation occasionnelle ou permanente de protections absorbantes à usage unique, au port de systèmes collecteurs d'urines sans cathétérisme urétral comme les étuis péniens ou encore à la pose de sondes urinaires à demeure.

CONCLUSION

La charge de travail que représentent les conséquences de l'incontinence urinaire est importante, la moitié du temps soignant lui étant consacrée en institution. Sa survenue et sa pérennisation avec l'âge ne sont toutefois pas inéluctables. Toute incontinence urinaire doit amener à une analyse clinique rigoureuse qui guidera les explorations complémentaires afin de comprendre les mécanismes en cause et d'apporter des réponses adéquates à son traitement.

REFERENCES

1. Couturier C., Nicolet-Akhavan F., Hillion M., Rodat O. Prise en charge et conduite à tenir devant une rétention chronique d'urine chez les femmes âgées. Revue de Gériatrie, 2002; 27: 819-826
2. Gubian D.; Blanchon M.A.; Gonthier R. Recherche des facteurs predictifs de l'incontinence urinaire de la personne âgée. Revue de Gériatrie, 1995; 20: 308-315
3. ANAES. Consensus national sur l'incontinence urinaire de l'adulte. Recommandations ANAES, janvier 1995, www.anaes.fr
4. Reingewirtz S. Troubles de la miction du sujet âgé. EMC, 1998 ; 3 : 1150
5. Gasnier Y., Felicelli V., Hitier C., Berte L. Prise en charge de l'incontinence urinaire en gériatrie : principales techniques de rééducation et médicaments couramment utilisés. La Revue du Généraliste et de la Gérontologie, 2002 ; 9 (84) : 164-166

Exemple de grille mictionnelle des 24 heures

Etiquette du patient			Date		
Heure	Besoin (oui/non)	Volume de la miction	Fuites (oui/non)	Circonstances des fuites	Boissons (mesurées)