

Incontinence & autres
problèmes urologiques

Incontinence et autres
problèmes urologiques



Incontinence et autres problèmes urologiques

J. Petermans

- *Les pathologies dominantes, à l'âge avancé, sont les maladies prostatiques chez l'homme et l'incontinence chez la femme.*
- *Les infections urinaires seront traitées dans un autre chapitre.*

A. Maladies de la prostate

L'augmentation du volume de la prostate est normale avec l'âge mais les répercussions fonctionnelles varient et sont difficilement prévisibles.

Le toucher rectal (TR) doit être systématique lors de l'examen clinique de l'homme âgé.

Le dosage des PSA (antigène spécifique prostatique) doit se faire annuellement à partir de 50 ans.

La surveillance clinique et biologique régulière se fera tant que le sujet sera autonome et physiologiquement sain.

A partir de 80 ans, vu la faible incidence sur la mortalité du cancer de la prostate, un dosage de PSA doit être réservé aux patients symptomatiques

Afin de préciser les plaintes, un interrogatoire systématique est nécessaire et permettra d'évaluer l'importance de l'obstruction cervico-urétrale (tableau 1)

Tableau 1 Neuf questions pour le bilan des troubles mictionnels

<ol style="list-style-type: none">1 Etes-vous obligé de pousser pour uriner ?2 Le début de la miction est-il retardé ?3 Avez-vous des brûlures en urinant ?4 Votre jet vous semble-t-il plus faible qu'auparavant ?5 Mettez-vous plus de temps à uriner ?6 Avez-vous des gouttes dans le slip après avoir uriné ?7 Avez-vous l'impression que votre vessie est bien vidée après avoir uriné ?8 Combien de fois vous levez-vous la nuit pour uriner ?9 Avez-vous parfois (dans quelles circonstances ?) des besoins d'uriner que vous ne pouvez pas retenir ?
--

L'exploration clinique comprendra :

- un toucher rectal qui évaluera la qualité de la glande (augmentée de volume, molle, nodulaire, dure ...).
- les échographies sus-pubiennes et transrectale permettront d'évaluer le volume de la prostate, sa structure, ses répercussions sur la vessie.
- une biopsie, si une zone suspecte est notée; au TR, à l'échographie
- un examen cyto-bactériologique des urines.

Deux situations les plus fréquentes :

- l'hyperplasie bénigne.
- le cancer.

Une situation plus rare : la prostatite.

L'hyperplasie bénigne

Si l'adénome est petit (moins de 40 g), et si les répercussions fonctionnelles sont faibles, une surveillance médicale est suffisante avec un TR et sédiment urinaire tous les 6 mois et une échographie de la prostate avec dosage des PSA 1 fois par an, jusqu'à 80 ans.

Un traitement médicamenteux n'arrêtera pas la croissance de l'adénome mais peut parfois améliorer la réaction

inflammatoire et les symptômes (α -bloquant, décongestionnants pelviens ...).
L'arrêt des boissons, du traitement diurétique ne modifiera en rien la pollakiurie.

Si l'adénome est volumineux et surtout présente des répercussions fonctionnelles, un traitement chirurgical devra être envisagé.

Les indications chirurgicales sont :

- rétention vésicale
- miction par regorgement
- urétéro-hydronéphrose avec insuffisance rénale
- infection urinaire à répétition.

Le type de chirurgie dépendra du volume de l'adénome et de l'état général et « physiologique » du patient.

- Si l'adénome pèse moins de 60 grammes, à 80 ans, une résection trans-urétrale sera proposée. L'ablation de l'adénome sera fatalement incomplète mais permettra une disparition des symptômes pour une période de 5 à 10 ans.
Cette intervention nécessite la mise en place d'une sonde vésicale pendant 3 jours puis une surveillance de la reprise de la miction normale pendant au moins 24 heures.
- Si l'adénome pèse plus de 60 grammes et si la personne est en bonne forme, on pourra discuter une chirurgie trans-abdominale avec adénomectomie. Elle nécessitera une intervention plus lourde et une hospitalisation plus longue.

Effets secondaires de la chirurgie

Ils surviennent surtout lors de la résection transurétrale :

- sténose urétrale nécessitant parfois une plastie de l'urètre et une sonde à demeure pendant 15 jours.
- instabilité vésicale surtout favorisée par les phénomènes infectieux et une cicatrisation incomplète de la loge prostatique.
- éjaculation rétrograde : cela est normal, mais l'érection et l'orgasme ne sont pas modifiés par l'intervention.
- repousse de l'adénome après 5 à 10 ans

Le cancer de la prostate

Plus de 50% des hommes de plus de 75 ans ont un cancer prostatique détectable par l'examen histologique.

Moins de 3 % de ces patients décèdent de cette maladie.

Dès lors, le dépistage systématique, à l'échelle de la population de plus de 75 ans, est peu utile.

Dans plus de la moitié des cas, le diagnostic est fait tardivement, au stade de cancer avec métastases.

La mortalité dépend du grade histologique plus que de l'extension de la tumeur :

- moins de 10% des décès à 10 ans pour les adénocarcinomes bien différenciés
- 10 à 20 % de décès à 10 ans pour les adénocarcinomes moyennement différenciés
- 30 à 60 % de décès à 10 ans pour les adénocarcinomes peu différenciés.

Le cancer de la prostate est à suspecter chez un sujet âgé, connu pour prostatisme, qui présente une altération de l'état général, des douleurs rachidiennes, un œdème inexpliqué au niveau des membres inférieurs.

Le diagnostic est posé par :

- le toucher rectal qui montre une glande nodulaire, dure.
- les échographies sus-pubienne et endo-rectale qui ne posent pas toujours le diagnostic mais doivent guider la biopsie.
- Le dosage des PSA :
 - Si PSA moins de 10 nanogrammes par litre, pas de signification.
 - Si PSA plus de 40 nanogrammes par litre, diagnostic pratiquement certain.
 - Si PSA entre 10 et 40 nanogrammes par litre, il peut s'agir d'un volumineux adénome sans cancérisation; un TR récent (moins de 3 semaines), une prostatite peuvent augmenter les taux de PSA circulants.
- La biopsie prostatique donne la certitude diagnostique et le pronostic.

Il faut savoir que la valeur des PSA augmente avec l'âge.

Stratégie thérapeutique

Le bilan d'extension sera toujours réalisé et comprendra une urographie intraveineuse, une radiographie du thorax et une scintigraphie osseuse.

· Si la néoplasie est toujours localisée à la loge prostatique, pour les patients en bon état général et de moins de 80 ans, on proposera une chirurgie radicale. Ce sont des cas rares.

L'alternative sera une pulpectomie ou l'administration d'un agoniste de la LH-RH. Cela provoquera une impuissance très fréquente.

· S'il existe une extension locale ou générale, seules l'hormonothérapie anti-androgène et/ou la castration chirurgicale sont indiquées.

Efficacité thérapeutique

Elle est évaluée par la diminution des taux de PSA, un ramollissement des lésions détectées au TR, une régression des métastases osseuses à la scintigraphie.

Un contrôle clinique et biologique est nécessaire 2 fois par an.

On ne peut pas prévoir l'évolution d'un cancer prostatique après 75 ans. Il n'est pas évident qu'à cet âge, le traitement améliore l'espérance de vie, souvent, il diminue la qualité de la vie et il doit donc être prescrit au cas par cas.

On ne guérit jamais un cancer de la prostate (sauf la néoplasie « in situ » très rarement diagnostiquée); on ralentit l'évolution mais des résistances au traitement peuvent apparaître de manière inattendue.

La prostatite

Souvent inapparente, sa prévalence dans la population âgée n'est pas connue.

Les facteurs favorisants sont la sonde à demeure, le rétrécissement urétral, les interventions urologiques.

Chez l'homme âgé, contrairement au sujet jeune, elle est pauci-symptomatique.

Le TR révèle une glande douloureuse et turgescence avec des calcifications bien visibles à l'échographie.

Une augmentation des PSA est fréquente, surtout après le TR.

Le traitement consistera en une antibiothérapie au long cours, au moins 2 mois, par une drogue ayant une bonne pénétration prostatique; il s'agit d'une bonne indication des antibiotiques de la classe des quinolones.

B. L'incontinence urinaire

Cette affection touche 15 à 30 % de patients âgés pour atteindre plus de 50 % des patients institutionnalisés dans les services de long séjour; pour des raisons anatomiques, elle atteint surtout les femmes mais son incidence augmente avec l'âge, dans les deux sexes.

L'incontinence est un signe de perte d'autonomie : le patient, « honteux », se renferme sur lui-même, évite la vie sociale. Il est en outre exposé aux complications médicales : infections à répétition, septicémie, irritation locale pouvant conduire à l'escarre de décubitus, chute, fracture et toutes les pathologies en cascade.

Il s'agit donc d'un véritable problème de santé publique; son dépistage doit être systématique car des solutions peuvent être trouvées.

L'incontinence urinaire n'est pas toujours uniquement liée à un dysfonctionnement du système urinaire mais aussi à une inadaptation de la personne à son milieu de vie (toilettes à l'étage, handicap moteur, médicaments diurétiques, ...).

Physiologie de la continence urinaire

(figure 1)

Sont responsables de la continence :

- Un système sphinctérien
- Le système nerveux

Le système sphinctérien situé à la base de la vessie comprend le col vésical, le sphincter lisse de l'urètre, le sphincter strié.

Il assure une pression de clôture de la vessie permettant la continence ; toute augmentation de pression dans la vessie sous l'effet du remplissage ou de la contraction du muscle vésical (le détrusor) est compensée par une augmentation de pression au niveau du sphincter strié. Chez l'homme, la prostate directement en contact avec le sphincter strié participe à la continence.

Le système nerveux central contrôle par l'intermédiaire du système nerveux sympathique et parasympathique le détrusor, le col vésical et le sphincter lisse; le système nerveux volontaire contrôle le sphincter strié.

Avec l'âge, on note :

- une diminution du nombre de fibres musculaires dans le détrusor
- une diminution du tonus des sphincters lisse et strié et de la contraction des muscles du plancher pelvien
- une augmentation de la « rigidité » de l'urètre et un durcissement de la prostate qui chez l'homme compense quelque peu la perte de tonus des sphincters
- une modification des rapports anatomiques des organes du petit bassin pouvant altérer les mécanismes de transmission des pressions
- une altération du système nerveux autonome et un ralentissement de l'efficacité corticale sur le contrôle volontaire.

L'âge prédispose donc à l'incontinence et augmente la sensibilité aux facteurs précipitants; il diminue la capacité d'adaptation du système urinaire à ces facteurs.

Exploration d'une incontinence

a) Rechercher les facteurs précipitants :

Facteurs écologiques	<input type="checkbox"/> modification récente de l'environnement <input type="checkbox"/> environnement inadapté <input type="checkbox"/> perte de mobilité (douleur, essoufflement, hypotension orthostatique...)
Facteurs d'irritation vésicale	<input type="checkbox"/> ablation récente de sonde à demeure <input type="checkbox"/> infection urinaire, lithiase <input type="checkbox"/> fécalome
Perte d'efficacité corticale	<input type="checkbox"/> délire, confusion, dépression <input type="checkbox"/> médicaments surtout de prescription récente (<i>psychotropes, atropiniques, diurétiques, inhibiteurs calciques, antiparkinsoniens, antihypertenseurs</i>) <input type="checkbox"/> désordres métaboliques <input type="checkbox"/> troubles hydro-électrolytiques <input type="checkbox"/> troubles de la glycémie <input type="checkbox"/> hypoxie

(tableau 2 - d'après M.F. Maugourd, *Gérontologie 1993*, p. 501, Edition Sauramps Médical)

b) Interrogatoire et examen clinique soigné

L'interrogatoire cherchera à préciser les modalités d'installation de l'incontinence, son type, le catalogue mictionnel, les symptômes et l'histoire clinique du patient (pathologie neurologique, diabète, traitement médicamenteux, fonctions supérieures ...).

L'examen clinique sera réalisé d'abord vessie pleine à la recherche des fuites ou de besoins impérieux, puis après vidange vésicale, à la recherche d'un résidu significatif.

Le TR appréciera la valeur des muscles releveurs de l'anus, un éventuel fécalome et chez l'homme, l'état de la prostate.

Un examen gynécologique recherchera un prolapsus génital et testera les réflexes périnéaux.

L'échographie vésicale permet une mesure du résidu vésical et aide au diagnostic et à la surveillance de la vidange vésicale. Il s'agit d'une technique simple, rapide et peu coûteuse de mesure du résidu vésical qui permet une épargne de sondages vésicaux, toujours inconfortables, consommateurs de temps et à risque d'infection.

c) Sur le plan biologique, on exclura une infection urinaire surtout fréquente chez la femme, une insuffisance rénale, une hyperglycémie.

d) L'avis spécialisé, urologique, gynécologique, neurologique sera demandé par la suite si la cause et le type d'incontinence n'apparaissent pas clairement.

4 types d'incontinence pourront ainsi être dépistés, qui détermineront la prise en charge thérapeutique à visée curative ou palliative; il s'agit de :

- l'incontinence transitoire
- l'incontinence définitive
- l'instabilité vésicale
- la rétention vésicale/incontinence.

Objectifs thérapeutiques et prise en charge

Il faut rendre au patient la continence, le plus vite possible et en utilisant un traitement le plus efficace et le moins traumatisant.

Cet objectif n'est pas toujours atteint car chez le patient âgé, comme pour les autres maladies, les pathologies somatiques sont toujours intriquées avec les processus de vieillissement et des problèmes psychologiques et sociaux.

Une prise en charge globale et pluridisciplinaire sera nécessaire qui veillera à dépister d'abord, à dédramatiser le problème, et à préparer un programme de rééducation en première intention. Les traitements médicaux et chirurgicaux seront réservés à des indications précises.

La rééducation

Elle aura pour but, par la gymnastique périnéale, de restaurer une bonne contraction du sphincter strié de l'urètre et une bonne relaxation du détroite. Elle renforcera le plancher pelvien, ce qui permettra une meilleure transmission des pressions au niveau du petit bassin.

La technique de biofeedback permet, en faisant prendre conscience au patient de ses pressions et volumes vésicaux, une optimisation de la rééducation ; elle ne s'adresse pas, bien sûr, aux patients ayant des troubles cognitifs importants.

L'électro-stimulation renforce la contraction musculaire et surtout, fait prendre conscience au patient de l'existence de son périnée.

La relation interpersonnelle est importante ; l'éducation mictionnelle par les grilles de miction et la bonne hygiène de vie participent aussi à ce traitement.

Les traitements médicamenteux

- Si infection urinaire : antibiotiques ou antiseptiques
- Si instabilité vésicale : parasympholytiques mais attention aux risques rétentionnels.
- Si incontinence par rétention : sondage itératif et remplissage au liquide physiologique glacé, ce qui permet une stimulation du détroite.
- Les α -bloquants sont utiles s'il y a un adénome prostatique mais il faut évaluer les contre-indications cardiovasculaires fréquentes.

L'oestrogénothérapie générale et locale est utile chez la femme âgée car elle permet de restaurer un bon tonus vaginal et sphinctérien, ce qui peut aider à la rééducation.

La chirurgie

Si l'incontinence est associée à une ou plusieurs conditions suivantes :

- obstacle prostatique
- rétrécissement du col ou de l'urètre
- lithiases ou tumeurs vésicales
- prolapsus vésical ou génital
- masse gynécologique (fibrome, carcinome)

Les mesures palliatives

Les étuis péniens sont difficiles à placer et pour un homme âgé, il existe un risque de macération. Les protections périodiques et les langes sont souvent coûteux; ils sont en plus considérés comme très dévalorisants et mal supportés sur le plan psychologique par les sujets bien orientés. S'ils sont mal placés, inadaptés ou insuffisamment changés, ils peuvent conduire à des irritations, des escarres, des infections.

La sonde à demeure est parfois souhaitée par le patient; elle expose surtout aux risques d'infection urinaire ascendante et aux lithiases.

La sonde vésicale n'est pas un traitement de l'incontinence.

L'adaptation de l'environnement au handicap du patient est très importante; elle permettra d'éviter ou de retarder le développement d'une incontinence; différentes aides techniques sont disponibles qui vont de la chaise percée au releveur de WC, à la barre murale permettant au patient de se relever.

C. Maladies des reins, de la vessie

L'incidence de l'insuffisance rénale augmente avec l'âge suite aux processus de vieillissement des glomérules et à l'accumulation de pathologies durant la vie du patient. L'effet toxique des médicaments est également important sur la diminution de la clearance de la créatinine avec l'âge.

Toutefois, la présentation des pathologies rénales n'est pas différente chez le patient gériatrique par rapport au sujet jeune.

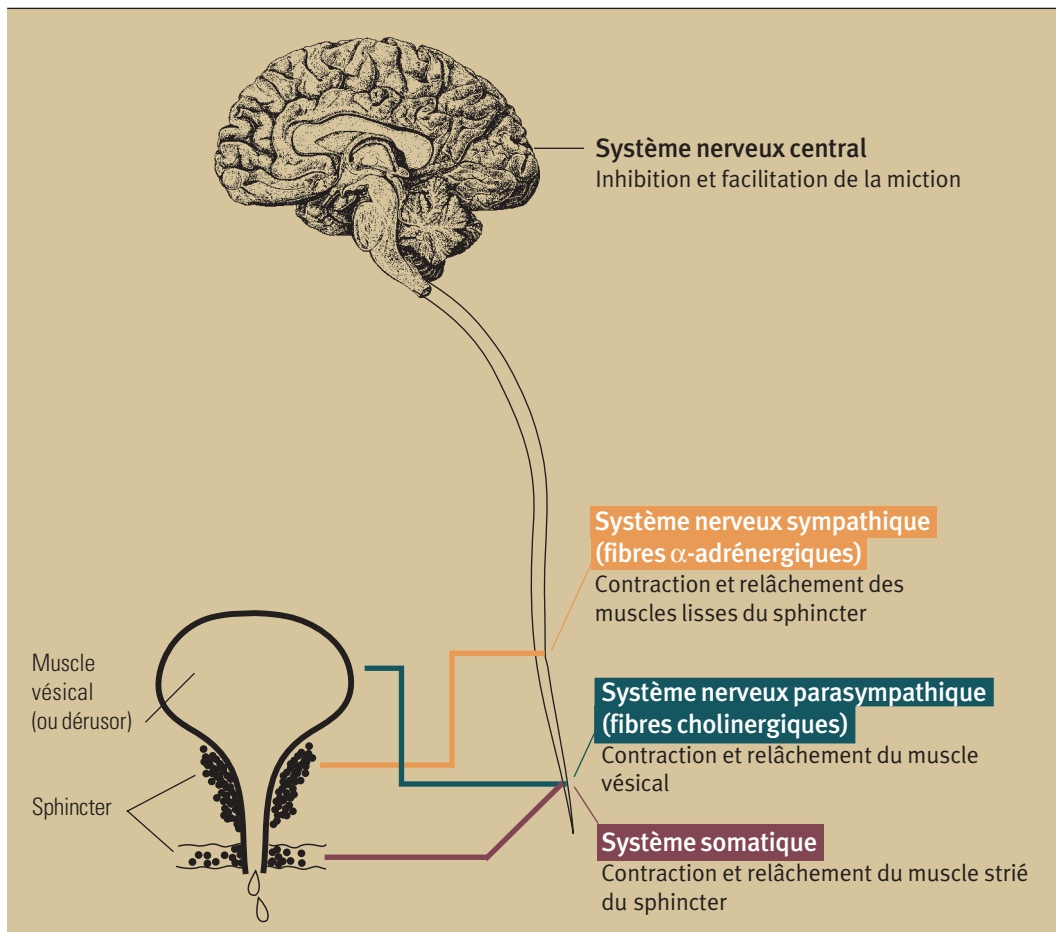
Le rein âgé s'adaptera moins bien aux modifications hémodynamiques, dans l'insuffisance cardiaque ou la déshydratation, par exemple. La posologie des drogues à élimination rénale sera toujours adaptée. Les indications d'hémodialyse sont de plus en plus fréquentes à l'âge avancé. Il y a également de plus en plus de patients dialysés qui atteignent le quatrième âge. Une réflexion éthique sur le projet thérapeutique de ces patients est nécessaire; elle regroupera autour du malade, le médecin traitant, le gériatre, le néphrologue, l'équipe soignante et la famille. Chaque indication de dialyse sera posée en concertation avec comme objectif, une amélioration de la qualité de vie; la prise en charge optimale de ces patients devra être développée avec l'aide d'outils d'évaluation qui s'inspireront du « *geriatric assessment* ».

Outre la cystite (voir autre chapitre), la pathologie vésicale est dominée par le cancer. Son incidence augmente après 40 ans.

Le diagnostic doit être évoqué devant toute hématurie micro- ou macroscopique en l'absence d'une infection urinaire.

Environ 70 % des tumeurs vésicales sont superficielles; elles peuvent être contrôlées par résection endoscopique, chez les personnes de plus de 75 ans. Toutefois, l'évolution spontanée de ces tumeurs n'est pas prévisible. La cystectomie est une chirurgie lourde et ayant des complications à court et à long terme; son indication chez le grand vieillard doit rester limitée.

Figure 1



d'après Merck Manual of Géiatrics 2^e édition, 1995, p 179.

La miction normale se produit lorsque la contraction de la vessie est en phase avec le relâchement du sphincter de l'urètre. Quatre composantes nerveuses sont en jeu:

- Le système nerveux central inhibe la miction jusqu'au moment approprié. En outre, il coordonne et facilite les impulsions issues de la vessie afin de commencer et d'achever la miction.
- Le système nerveux sympathique contracte les muscles lisses du sphincter par l'intermédiaire des fibres α -adrénergiques du nerf hypogastrique.
- Le système nerveux parasympathique contracte le muscle vésical (ou dérusor) par l'intermédiaire des fibres cholinergiques du nerf pelvien.
- Le système nerveux somatique contracte les muscles striés du sphincter par l'intermédiaire des fibres cholinergiques du nerf honteux interne.

(D'après DuBeau CE, Resnick NM, avec les collaborateurs du projet EDUCATE (Massachusetts Department of Health). *Urinary Incontinence in the Older Adult: An Annotated Speaker / Teacher Kit*, 1993. Reproduit avec la permission des auteurs)