
Prise en charge de l'incontinence de la personne agée

Hygiène Risques et Qualité chez la personne agée
29 septembre 2011

N. Michel-Laaengh (gériatre HCL-Lyon) ML Le Normand
(Infirmière en urodynamique AP-HP Champcueil)

Incontinence de la personne âgée

dans le cadre

d'une consultation

d'un séjour hospitalier

en EHPAD

CC n°1:

Incontinence urinaire en consultation

- F 79 ans
 - Gênée par des fuites à la toux anciennes, récemment aggravées à la suite d'une bronchite.
 - Doit porter des protections et s'en trouve très affectée
 - Autonome, sans trouble cognitif, sans comorbidité sévère
 - Est en attente d'un traitement ...
« un p'tit traitement »
-

Quelles données
d'interrogatoire recueillir?

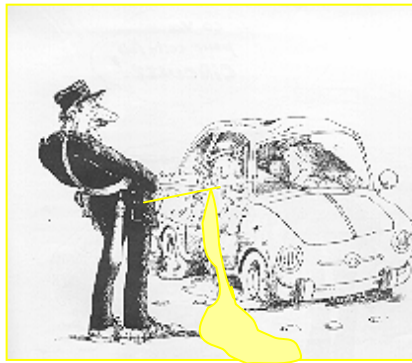
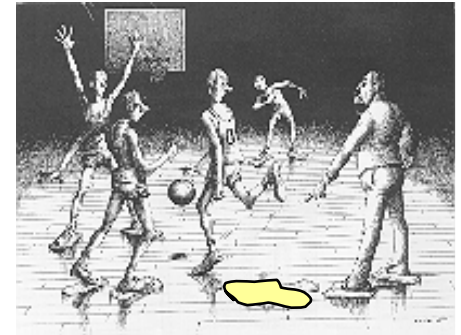
Interrogatoire

- Type d'incontinence
IUE, Urgenturie
ou incontinence mixte
 - Sévérité de l'incontinence
Pollakiurie invalidante,
nb de change
restriction des activités sociales
 - Recherche d'autres troubles fonctionnels
associés:
Infection urinaire? Constipation?
-

Mécanismes de l'incontinence urinaire de la femme

■ IUE

« vous arrive t-il de perdre une petite quantité d'urines quand vous tousssez ? »



■ Incontinence par impériosités
« avez-vous des difficultés à vous retenir ? »

■ Incontinence mixte

Mécanismes de l'incontinence urinaire du sujet âgé

■ IUE

- Le plus souvent: incontinence urinaire occasionnelle, peu invalidante, bien tolérée
 - Devient invalidante si permanente
 - Facteurs favorisant gériatriques:
 - carence en E2
 - amyotrophie (âge, dénutrition, alitement, AEG),
 - constipation chronique ancienne, IRC
 - Système de retenue moins efficace par Insuffisance sphinctérienne, hypermobilité du col vésical
-

Mécanismes de l'incontinence urinaire du sujet âgé

- Incontinence par impériosité
 - Incontinence socialement invalidante
 - Facteurs favorisant gériatriques
 - carence hormonale
favorise instabilité vésicale, infections urinaires
 - Adénome de prostate chez l'homme
 - Neurologique par défaut d'inhibition vésicale:
vieillesse, AVC, démence ...
 - Volume miction réduit, besoins d'uriner tardifs et rapprochés, contractions involontaires de vessie
-

Mécanismes de l'incontinence urinaire du sujet âgé

- Incontinence urinaire mixte
 - IUE + urgenturie
 - Système de retenue moins efficace
 - Volume miction réduit, besoins d'uriner tardifs et rapprochés, contractions involontaires de vessie

 - Rétention
 - Résidu post-mictionnel fréquent
 - Contractilité de vessie diminuée

 - Incontinence et Rétention:
Coexistence fréquente
-

Examen clinique ?

Atrophie post ménopausique
Recherche de la fuite à la toux



Trouble de la statique pelvienne
Testing des releveurs

Eliminer un processus
tumoral locorégional



Que proposez-vous à cette patiente qui souffre d'IUE?

- Correction de l'atrophie par hormonothérapie locale
 - Régulation du transit si nécessaire

 - Réalisation d'un Catalogue mictionnel
 - Rééducation périnéale
-

Catalogue mictionnel

- Le CM est-il faisable ?
 - Le patient a t-il des fuites ?
 - Le patient a t-il des besoins ?
 - Quelle est la diurèse le jour ? la nuit ?
 - Quel est le nombre de miction sur 24h ?
 - Quelle est la capacité vésicale moyenne ?
-

Prescription de rééducation pour cette IUE



- 20 Séances en moyenne de Rééducation périnéale ES et BFB

- Ordonnance de sonde prescrite par le médecin ou le kiné (sonde vagin atrésique ou anale, SB)
- Entente préalable avec délai de 10 jours
- Durée de la séance : en général **45 minutes**

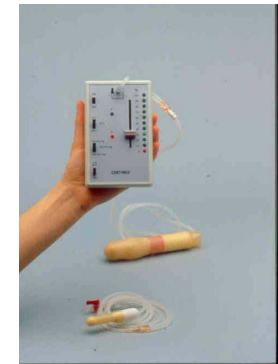


Indications de la rééducation périnéale chez la personne âgée incontinente

- IUE
 - Incontinence sur Urgenturie
 - Améliore les capacités de retenue
 - ES et renforcement musculaire agissent sur les vessies hyperactives
 - Incontinence urinaire mixte
-

Résultats attendus

- amélioration perceptible vers la 4^{ème} ou 5^{ème} séance
- l'amélioration perçue par le patient n'est pas toujours objectivable par le praticien au testing
- Intérêt d'un **travail manuel**
- Combinaison des techniques est + efficace
- Motivation du patient indispensable ...
et du thérapeute
- Séances de **rééducation d'entretien** + + +
(Keat)



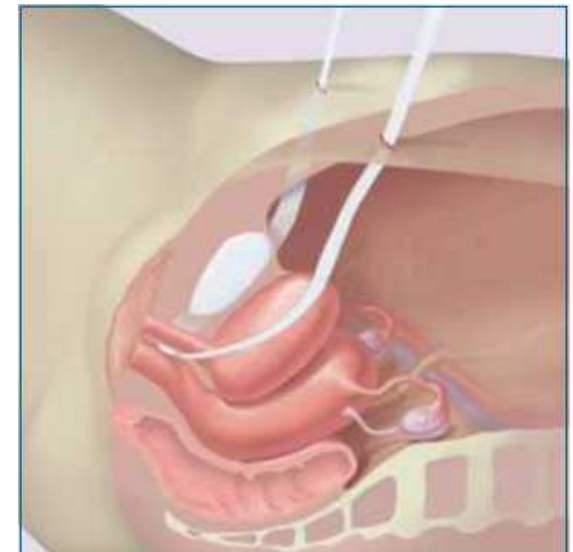
Résultats de la rééducation du sujet âgé

- **Grosshans (2007)** **54%**
 - Grosse (1996) 70-80%
 - Vassel (1990) 79%
 - Roman (1998) 70%
 - Sand (1995) 68%
 - Castel (1990) 60%
 - Wyndaele (1993) 67%
 - Maugourd-Bizien (1988) 77%
-

Place de la chirurgie dans l'IUE

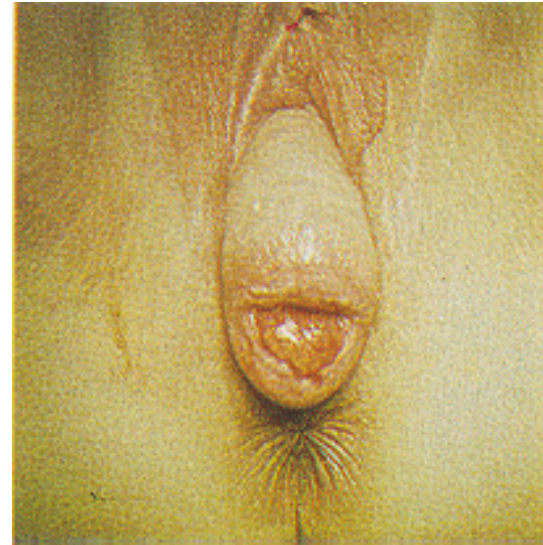
Le TVT

- Après échec d'une rééducation bien conduite
- Après Bilan urodynamique (recommandation)
 - Instabilité vésicale ?
 - Hypocontractilité vésicale ?
 - Rétention chronique ?
- Soutènement urétral par Bandelette
- Autres techniques
 - Injection para urétrale de silicone
 - Mise en place de ballonnets para- urétraux



Autres indications chirurgicales

- Prolapsus stade III



- Sphincter détruit:
pose de sphincter
artificiel

Traitement médicamenteux

- Aucun traitement médicamenteux de l'IUE

Correction de l'atrophie par E2 locaux
(potentialise la rééducation)

- F 87 ans
 - OAP rapidement régressif sous diurétique
 - Mobilité réduite par essoufflement et douleur
 - Incontinence urinaire de novo en protection permanente. BU positive
-

Quelle prise en charge
immédiate proposez-
vous?

Démarche systématique en équipe

Dès l'entrée du patient

- Dépistage d'une rétention urinaire
 - Mesure du résidu post mictionnel par bladder scan
 - Recherche d'infection urinaire par BU +/- ECBU
 - Analyse du transit, recherche d'une constipation terminale par TR (fécalome ou rectum plein).
-

Dépistage de la rétention

Miction normale :

La vessie se vide, normalement, sans résidu après une miction physiologique, aux toilettes et **dans l'intimité**. RPM < 100ml

Hospitalisation: ↗ risque de rétention

- ❑ Motifs d'H.: post AVC, post anesthésie, douleur aigue...
 - ❑ Désorientation, mobilité restreinte, iatrogénie, fécalome...
 - ❑ Co-morbidités: diabète, patient neurologique...
-

Le diagnostic de rétention nécessite

une installation aux toilettes pour miction ou tentative de miction,
immédiatement suivie d'un bladder scan.

Le bladder scan mesure

soit un résidu post-mictionnel (RPM), immédiatement après une miction

soit un volume vésical, en l'absence de miction obtenue.

En cas d'incontinence,

on obtient plus souvent un volume vésical qu'un RPM

Interprétation du bladder scan

➤ **Si RPM** : son seuil de tolérance varie avec

- le retentissement fonctionnel (incontinence, dysurie, douleur)
- le retentissement rénal (infection, reflux, altération de la fonction rénale)

NB : ordre de grandeur d'un RPM : 150 à 350ml

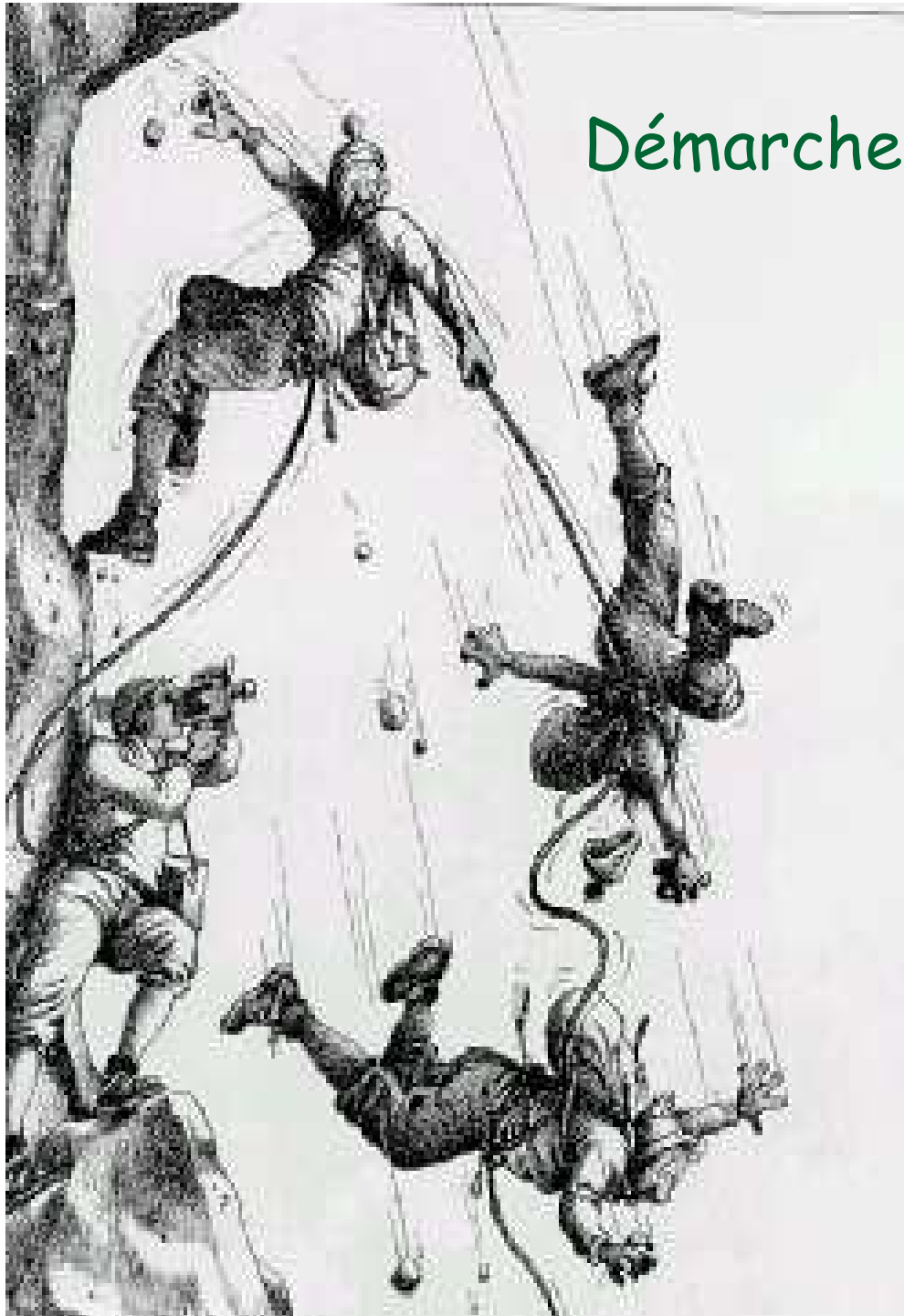
➤ **Si Volume vésical**

- si < 100ml : absence de rétention,
- si > 500ml : surveillance rapprochée, mise aux toilettes, transmission ciblée
- si > 600ml (= **capacité vésicale maximale normale**) : **rétention à priori**

Informations à adapter au protocole de service

IU en hospitalisation

- F 87 ans
 - OAP rapidement régressif sous diurétique
 - Mobilité réduite par essoufflement et douleur
 - Incontinence urinaire de novo en protection permanente. BU positive
-
- L'infection urinaire est traitée. Pas de fécalome ni rétention. Absence d'amélioration de la continence.
 - Mme a besoin d'aide pour aller aux WC.
 - Elle ressent le besoin d'uriner, mais appelle 1 fois / 2. Elle refuse d'aller uriner sans envie et de se lever la nuit.
 -
-



Démarche systématique en équipe

Survenue d'une
incontinence

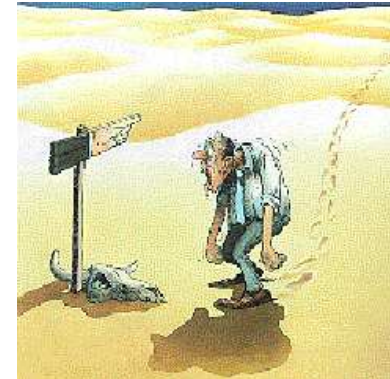
Du fait de

Facteurs
précipitants

Facteurs précipitants

Perte d'efficacité corticale

- délire, confusion, dépression
- désordres métaboliques
 - électrolytes
 - glycémie
 - hypoxie
- Médicaments



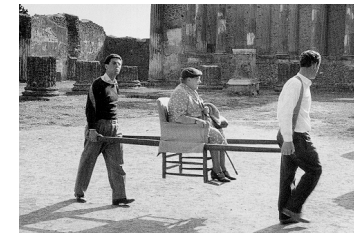
Facteurs d'irritation vésicale

- ablation récente de sonde à demeure
- infection, lithiase urinaire
- fécalome, rectum plein



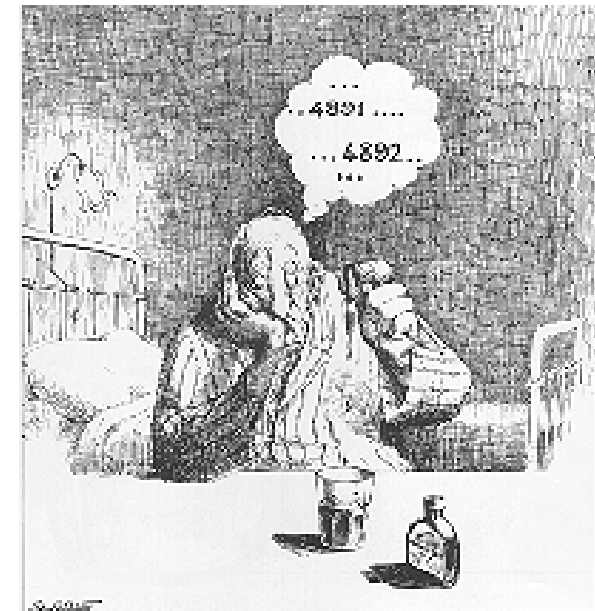
Facteurs écologiques

- modification récente de l'environnement
- environnement inadapté
- perte de mobilité
(douleur, essoufflement,
hypotension orthostatique)



Incontinence iatrogène

psychotropes
 neuroleptiques
 anxiolytiques
 antidépresseurs
diurétiques
morphiniques
antispasmodiques
antiparkinsoniens,
inhibiteurs calciques
alpha-bloquants
antihypertenseurs
 centraux
bêta-bloquants, etc.



Analyse des comportements

- Après période d'adaptation

Ressent-il le besoin d'uriner ?

Peut-il communiquer son désir d'uriner ?

A-t-il besoin d'aide pour uriner ?



Demande-t-il de l'aide ?

Trouve-t-il les toilettes ?

IU en hospitalisation

- F 87 ans
 - OAP rapidement régressif sous diurétique
 - Mobilité réduite par essoufflement et douleur
 - Incontinence urinaire de novo en protection permanente. BU positive

 - L'infection urinaire est traitée. Pas de fécalome ni rétention. Absence d'amélioration de la continence.
 - Mme a besoin d'aide pour aller aux WC.
 - Elle ressent le besoin d'uriner, mais appelle 1 fois / 2. Elle refuse d'aller uriner sans envie et refuse de se lever la nuit.
 -
-

Quelle prise en charge proposez-vous?

- Au plan médical

- Traitement de la douleur
- Kinésithérapie
- Prévention de la constipation

- Au plan soignant

- Incitation et Conduite aux toilettes régulière
 - Fauteuil garde robe à côté du lit
 - Apport hydrique suffisant
 - Surveillance du transit
-

IU en hospitalisation

- F 87 ans
 - OAP rapidement régressif sous diurétique
 - Mobilité réduite par essoufflement et douleur
 - Incontinence urinaire de novo en protection permanente. BU positive
 - L'infection urinaire est traitée. Pas de fécalome ni rétention. Absence d'amélioration de la continence.
 - Mme a besoin d'aide pour aller aux WC.
 - Elle ressent le besoin d'uriner, mais appelle 1 fois / 2. Elle refuse d'aller uriner sans envie et refuse de se lever la nuit.
-
- Mme retrouve sa mobilité et se rend seule aux toilettes
 - mais se plaint toujours d'une incontinence: fuite avant d'arriver aux toilettes. Gène importante et veut être prise en charge.
-
- Que propose t-on?
-

Explorations urodynamiques



- Mécanisme de l'incontinence
 - Préalable indispensable avant toute chirurgie
 - Contribution diagnostique à d'autres pathologies
-

Explorations urodynamiques

- **Débitmétrie**
Souvent obstructive
 - **Cystométrie**
hyperactivité du détrusor (>70%)
hyposensibilité vésicale
hypocontractilité
 - **Sphinctérométrie**
Insuffisance sphinctérienne
majeure chez la femme
Hypertonie chez l'homme
-

IU en hospitalisation

- Résultat du BUD
 - Insuffisance sphinctérienne
 - Vessie hyperactive: Petite capacité et petites ondes d'instabilité en fin de remplissage

 - Prise en charge
 - Rééducation périnéale
 - Traitement médicamenteux:
 - E2
 - anticholinergique
-

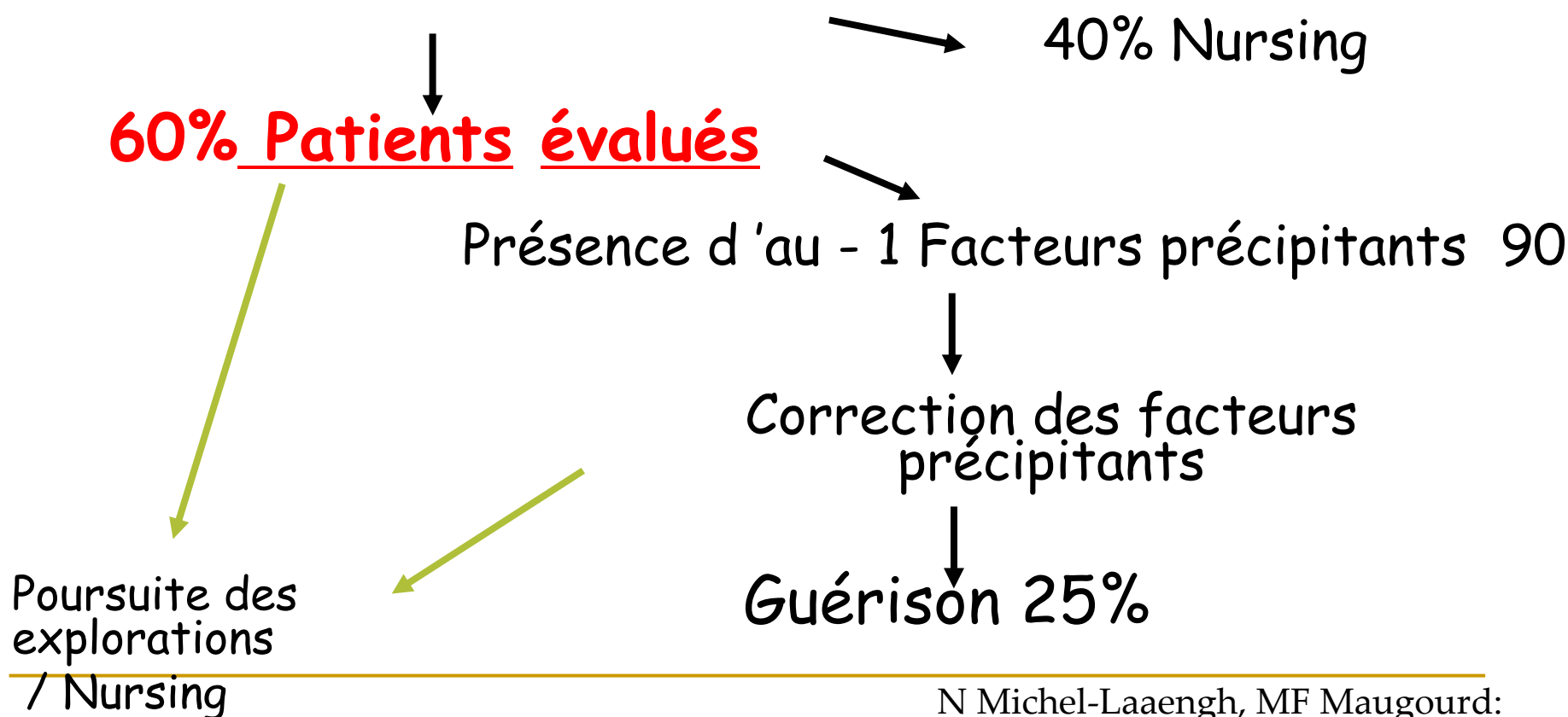
Traitements médicamenteux

Anticholinergiques

- Indication: Vessie hyperactive
Trospium: moindre risque de confusion
 - Efficacité moindre
 - si hyposensibilité vésicale
 - si déclin cognitif
 - si incontinence sévère
 - Effet II: constipation, sécheresse buccale, rétention, confusion mentale
 - Respect des contre-indications
 - Risques + + + de rétention, de confusion
 - C I en cas de MA et apparentée et en association aux anticholinestérasiques
-

Réadaptation de la continence en service de gériatrie

- 530 patients incontinents



CC N°3

Incontinence urinaire et fécale en EHPAD

- H 90 ans, dément, déambulant. Entre en EHPAD pour maintien au domicile difficile, sans notion d'incontinence antérieure. Pas d'agressivité.
 - Dès l'arrivée, comportement d'urination puis rapidement incontinence bisphinctérienne et agressivité inhabituelle.
 - Quelle conduite à tenir?
-

Prise en charge en EHPAD

- Démarche systématique pour tout nouveau résident
 - Connaissance de la personne et de ses habitudes
 - Continent/incontinent ? Habitude de transit ? Pudeur ?
 - Temps d'adaptation
 - Aide au repérage
 - Révision de l'ordonnance
-

Prise en charge en EHPAD

- Après période d'adaptation

Analyse des comportements

Ressent-il le besoin d'uriner ?

Peut-il communiquer son désir d'uriner ?

A-t-il besoin d'aide pour uriner ?



Demande-t-il de l'aide ?

Trouve-t-il les toilettes ?

Prise en charge en EHPAD

Incontinence fécale récente ?

→ C'est une constipation terminale a priori!

- Rectum plein ou fécalome: 1ere cause d'IF en gériatrie par « fausse diarrhée »
 - Autre cause: le vieillissement par insuffisance anale et capacité rectale réduite, IF d'installation progressive
-

Prise en charge en EHPAD de l'IF

- Prise en charge initiale de la constipation terminale:

Vidange rectale

- lavements, évacuation manuelle si nécessaire

Évacuation du cadre colique

- Présentation systématique aux toilettes
 - Suppositoire ou micro lavement
 - Laxatifs (osmotique, lubrifiant, stimulant)
-

Prise en charge en EHPAD

- Version optimiste mais réaliste:
 - Disparition de l'IF après régularisation du transit et programmation des selles
 - Incontinence urinaire devenue occasionnelle par meilleur repérage et incitation pour se rendre aux toilettes
 - Alternative moins favorable plausible
 - Persistance de l'incontinence mais disparition de l'agressivité après régulation du transit
 - Adaptation des palliatifs, essai de prise en charge comportementale par conduite aux toilettes à heure régulière
-































Prise en charge en EHPAD

- Utilisation de protocoles
 - Feuille de continence
 - Régulation du transit
 - Recueil des données sur la continence urinaire et fécale
 - Feuille de distribution journalière personnalisée des palliatifs

- Décision d'équipe, s'y tenir et les réévaluer



Feuille de surveillance de la continence urinaire et fécale

Heure	Urine	Sec	Miction	ne	Souillure	Selle
0 H			<input type="checkbox"/>	?	 	
1 H			<input type="checkbox"/>	?	 	
2 H			<input type="checkbox"/>	?	 	
3 H			<input type="checkbox"/>	?	 	
4 H			<input type="checkbox"/>	?	 	
5 H			<input type="checkbox"/>	?	 	
....						

Recueil des données sur la continence urinaire et fécale

IU occasionnelle permanente
 diurne nocturne
IF

Protection
Sonde à demeure

Motif :

ECBU

Dates				
Résultat				

Causes évidentes d'incontinence

Causes	Description	Actions entreprises	Dates Evaluation
F. d'irritation			
Réduction mobilité			
Environnement			
F. supérieures			

ETIQUETTE

DISTRIBUTION INDIVIDUALISEE
DES PROTECTIONS

Service Emplacement du linge personnel
 C.A.T. Autre

	Matin	14 h 00	17 h 00	20 h 00	22 h 00	06 h 00	Total
Protection anatomique de jour							
Ecrû mini abs. 250ml							
Bleue abs. 1300ml							
Protection anatomique de nuit							
Violette abs. 2000ml							
Slip de maintien réutilisable (± 10 lavages)							
Slip filet Marron (large)							
Slip filet Vert (extra large)							
Change complet de Jour							
Bleu M T2 abs. 1400ml							
Tour de Hanche (80/120cm)							
Bleu L T3 abs. 1400ml							
Tour de Hanche (120/150cm)							
Change complet de Nuit							
Bl.Rose M T2 abs. 1800ml							
Tour de Hanche (80/120cm)							
Bl.Rose L T3 abs. 1800ml							
Tour de Hanche (120/150cm)							

Régulation du transit en s'appuyant sur un protocole

Protocole de surveillance des selles

Présentation quotidienne aux toilettes après le petit déjeuner, si sans effet, renouveler après déjeuner et/ou dîner.

Si deux jours sans selle :

1 suppositoire Eductyl (ou micro lavement)

Noter sur la transmission

Mesures hygiéno-diététiques

3° jour :

TR par médecin si plénitude rectale => lavement

Traitement de la constipation

Jus de pruneaux ou pruneaux en dessert

Apport de fibres quotidien et régulier

Hydratation suffisante (1,5l/j)

Exercice physique ou massages du cadre colique

Conclusion

- La PEC de l'incontinence en gériatrie
 - Doit être systématique mais raisonnée
 - Doit être strictement organisée
 - Doit être régulièrement évaluée
 - Elle donne alors des résultats satisfaisants
-

Conclusion

- En réponse à la plainte du patient
 - L'âge n'est un obstacle ni aux explorations complémentaires ni au traitement,
 - La motivation est essentielle,
 - La prise en charge est peu différente de l'adulte jeune.
 - Respect de la dignité et de l'intimité
-