



N°4 - Incontinence urinaire d'effort chez le sujet âgé

La fuite urinaire se produit en raison d'une puissance contractile insuffisante du sphincter urétral par rapport aux pressions endo-vésicales. Elle se produit à l'occasion d'un effort, sans vidange vésicale complète: toux, éternuement, passage en position debout, port de poids, rire...

Définition

Fuites d'urine perçues :

- uniquement diurnes,
- en dehors de toute miction volontaire,
- à l'occasion d'un effort.

Physiopathologie du vieillissement de l'urètre

• Altérations sphinctériennes liées à l'âge :

- Amincissement de la muqueuse, jusqu'au trigone,
- Diminution du plexus veineux sous-muqueux,
- Augmentation du nombre de fibres de collagène,
- Diminution de la densité des fibres musculaire striées,
- Enfouissement du méat urétral en intra-vaginal chez la femme.

• Altérations de l'appareil génital lié à l'âge : atrophie de la paroi du vagin par :

- Atteinte de la muqueuse et de la sous-muqueuse, par la diminution du flux sanguin liée au déficit œstrogénique,
- Augmentation de dépôts de collagène dans le stroma.

• Changements urodynamiques liés à l'âge :

- Diminution de la longueur urétrale,
- Diminution de la pression de clôture du sphincter urétral.

Diagnostic

- Diagnostic par l'anamnèse, associée à l'examen clinique (manœuvres de Bonney et Ulmsten).
- Le bilan urodynamique est souvent demandé comme examen médico-légal par l'urologue avant une chirurgie éventuelle.

Causes d'incontinence urinaire d'effort

- Prolapsus des organes génitaux et urinaires sous le plancher pelvien (incontinence masquée ou « effet pelote »),

- Défaillance du plancher pelvien :

- Grossesses multiples,
- Traumatisme obstétrical (forceps, déchirure vaginale, gros bébés...),
- Intervention chirurgicale (hystérectomie...),
- Déficit hormonal (ménopause...).

Conduite à tenir devant une incontinence urinaire d'effort

1. En premier lieu : éliminer une infection urinaire et/ou une incontinence par regorgement (rétention urinaire), qui sont systématiquement recherchées par les gériatres.

2. Traitement par des œstrogènes locaux (Colpotrophine® ovule ou pommade, Trophigil®...), en l'absence de contre-indication.

3. Rééducation périnéale :

- Elle débute par un travail manuel : le toucher vaginal permet d'évaluer et de stimuler chaque faisceau musculaire du périnée,
- Son but est d'apprendre au sujet à contracter son muscle avant un effort, afin de pouvoir résister à une pression abdominale,
- Les exercices consistent en des contractions des muscles entourant le vagin et surtout le muscle releveur de l'anus,
- La technique du bio-feedback (rétrocontrôle) consiste en une sonde vaginale associée à un signal sonore ou visuel qui matérialise la contraction et le relâchement,
- En cas d'échec, il reste l'électro-stimulation par une sonde vaginale, qui provoque des contractions rythmées.

4. Chirurgie pour corriger l'hyper mobilité urétrale :

- Bandelettes sous urétrales : TVT ou TOT,
- Injections péri-urétrales,
- Réduction de prolapsus,
- Sphincter artificiel...