



## N°5 - L'incontinence urinaire rétention urinaire chronique ou par regorgement

L'incontinence urinaire par regorgement est due à un trop-plein de la vessie.

Il peut s'agir :

- soit d'une rétention aiguë d'urines (absence totale de vidange vésicale),
- soit d'une rétention chronique des urines (vidange vésicale incomplète).

### Définition

L'incontinence urinaire par regorgement se caractérise par :

- un faible jet urinaire ou l'on doit pousser pour uriner, avec une impression de mal vider la vessie,
- un écoulement goutte à goutte sans aucune perception du besoin d'uriner,
- des fuites de jour comme de nuit.

### Physiopathologie de l'incontinence urinaire par regorgement

L'incontinence urinaire par regorgement survient quand la vessie, distendue et passive, développe **une pression qui dépasse la résistance sphinctérienne**. La fuite se produit donc par un trop-plein dû au blocage de l'urètre ou à la faiblesse de contraction de la vessie.

### Causes d'incontinence urinaire par regorgement

#### • Obstacle organique ou fonctionnel, urologique ou gynécologique :

- Prostate obstructive,
- Prolapsus génital féminin,
- Sténose urétrale...

#### • Hypoactivité du détrusor :

- Pathologies neurologiques (accident vasculaire cérébral en phase initiale, diabète, compression médullaire, sclérose en plaque, paraplégie...),
- Post-anesthésie,
- Post-chirurgie urogynécologique (escarre, mobilisations douloureuses...),
- Sonde urinaire à demeure.

#### • Médicaments :

- Neuroleptiques,
- Antalgiques de type morphiniques,
- $\beta$ -bloquants,
- $\alpha$ -stimulants,
- Myorelaxants,
- Anti-cholinergiques...

#### • Autres pathologies et facteurs de risque :

- Fracture du col fémoral,
- Anesthésie, péridurale,
- Alitement et perte de la mobilité physique,
- Fécalome...

### Conduite à tenir devant une incontinence urinaire par regorgement

• **Dans tous les cas** : Il faut débiter par une méthode de programmation des mictions, à l'aide d'une grille mictionnelle spécifique à l'incontinence urinaire par regorgement, sur 24 à 48 h (cf. « grille mictionnelle IUR »).

• **Méthode de programmation des mictions** : essayer de programmer les mictions toutes les 3 à 4 heures, dans la journée entre 8h00 et 20h00, en mettant le patient âgé en position physiologique pour uriner, c'est-à-dire assis ou debout.

#### • En pratique, plusieurs possibilités :

- Conduire le patient aux toilettes toutes les 3 à 4 heures, entre 8h00 et 20h00,
- Utiliser une chaise multifonction ou percée,
- Utiliser un pistolet pour homme ou un pistolet pour femme en position physiologique (assise) dans le lit,
- Utiliser un bassin à l'envers, en position assise, dans le lit pour les femmes grabataires ou dans l'incapacité de se lever.

#### • En cas d'échec de cette méthode, d'autres situations sont à envisager :

##### 1. Absence totale de miction avec vidange vésicale impossible

Il peut s'agir dans cette situation, soit d'une vessie « claquée » (rétention urinaire chronique), soit d'une rétention urinaire aiguë.

- Réaliser un sondage urinaire :

- Soit par une sonde urinaire à demeure (SAD) 24 h/24 h pour une durée minimum de 3 semaines, et pouvant aller jusqu'à 6 semaines : c'est le cas de figure de la rétention urinaire chronique ou de la vessie « claquée » (cf. protocole « Retrait d'une SAD »),
- Soit par une SAD uniquement sur 12 h pendant la nuit, en raison de la nycturie fréquente chez le sujet âgé : c'est le cas de figure de la rétention urinaire aiguë. La pose de la sonde se fera à 20h00 et elle restera en place jusqu'au lendemain 8h00. Durant la journée, on poursuit la méthode de programmation des mictions et la surveillance des résidus post-mictionnels (RPM).

- L'apport de substances médicamenteuses actives «  $\alpha$ -bloquants » sur la motricité vésico sphinctérienne est une aide précieuse.

- Poursuivre la procédure pendant 21 jours minimum, quelque soit le besoin exprimé, tant que les mictions ne reprennent pas et/ou que les RPM restent supérieurs à 100 ml.

Passé ce délai, on pourra conclure à un échec de sevrage de rééducation vésicale par sonde.

**Remarque : on considère qu'un RPM supérieur à 100 ml est significatif dans tout les cas. Chez la personne âgée, le RPM est significatif entre 100 et 400 ml.**

- Parallèlement, dans tous les cas où la vidange vésicale est insuffisante, le médecin pourra poursuivre les investigations complémentaires :

- Reprise de la clinique et recherche de facteurs favorisants,
- Explorations complémentaires : échographique, radiologique, urologique, gynécologique, bilan neurologique, autres investigations neuro-physiologiques, voire bilan urodynamique.

##### 2. Vidange vésicale incomplète avec RPM entre 100 et 400 ml

Même schéma d'intervention que dans le premier cas.

- On considère chez la personne âgée qu'un RPM  $\geq$  400 ml comporte un risque de « claquage de vessie ».

##### 3. Vidange vésicale satisfaisante avec RPM inférieur à 100 ml

- Rechercher un RPM avec un bladderscan (échographe à ultrasons) ou avec sondage aller-retour, à 20h00 et 8h00 du matin, sur 24 h à 72 h. Mettre une SAD si le RPM est  $>$  à 400 ml et se référer au 1er cas de figure ci-dessus.
- Surveillance clinique nocturne d'un globe vésical par bladderscan ou sondage aller-retour.