



**RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE**

**Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme  
en médecine générale**

**Argumentaire**

**Mai 2003**

**Service des recommandations professionnelles**

En cas d'incontinence mixte, il est recommandé d'informer des différentes possibilités thérapeutiques (rééducation, traitement anticholinergique) en fonction des symptômes présentés.

En cas d'incontinence par regorgement, il est recommandé d'informer la patiente de la nécessité d'un avis urologique pour connaître le mécanisme à l'origine de l'incontinence et décider du type de traitement.

Quel que soit le type de l'incontinence, il est recommandé d'informer la patiente du rôle potentiellement aggravant sur l'incontinence urinaire et les troubles mictionnels des médicaments listés au § IV.2, en particulier ceux pris sans ordonnance, et de l'aider à identifier les facteurs hygiéno-diététiques qui peuvent majorer son incontinence (apports liquidiens excessifs, consommation de boissons alcoolisées ou contenant de la caféine, etc.).

## **X. INCONTINENCE URINAIRE ET PATIENTE ÂGÉE FRAGILISÉE**

Les données ci-dessous sont issues de revues générales sur le sujet âgé fragilisé (121-124) ou sur l'incontinence urinaire en gériatrie (125,126), des recommandations australiennes sur l'incontinence et la personne âgée établies par consensus d'experts en 1994 (127) et d'une revue systématique de la littérature sur le diagnostic et la prise en charge de l'incontinence urinaire chez la personne âgée (128).

Selon les conclusions d'une revue sur les critères de jugement à utiliser pour la recherche clinique de l'incontinence urinaire de la personne âgée fragilisée (129), la réalisation d'études cliniques dans cette population est particulièrement difficile du fait de l'hétérogénéité de la population étudiée et du manque de terminologie standardisée pour définir la guérison ou l'amélioration, d'outils validés pour mesurer l'état clinique de départ et après intervention, de suivi à long terme et de données sur l'histoire naturelle de l'incontinence urinaire dans cette population.

### **X.1. Caractéristiques de la personne âgée fragilisée**

En absence de définition standard, la fragilité peut être définie comme un état médico-social instable rencontré à un moment donné de la vie d'une personne âgée. Elle est la conséquence d'une réduction des réserves physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement (121,122). Le concept de fragilité est à distinguer de celui de sénescence ou de celui d'incapacité ou de déficience.

Les principales caractéristiques de cette population âgée « fragile » (*frail elderly*) sont : l'âge supérieur à 85 ans, la polymédication, l'altération des fonctions cognitives, la dépression, la dénutrition, les troubles neurosensoriels, l'instabilité posturale, la sédentarité, la perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne et l'isolement socio-familial (122-124).

La fragilité se révèle lors d'événements stressants, qui déstabilisent l'équilibre précaire de ces personnes et sont responsables de chutes à répétition, de syndromes confusionnels, d'une incontinence urinaire, etc. (121,122).

## **X.2. Changements physiologiques associés au vieillissement qui peuvent favoriser l'incontinence urinaire**

### X.2.1. Modifications anatomiques et physiologiques de l'appareil urinaire

La capacité de la vessie, la compliance urétrale, la pression maximale de fermeture urétrale et le débit urinaire semblent diminuer avec l'âge. Le risque de résidu post-mictionnel et les contractions involontaires du détrusor augmentent avec l'âge. Ces facteurs ne provoquent pas directement l'incontinence, mais peuvent y contribuer (128).

### X.2.2. Diminution de la mobilité

Même chez les femmes âgées gardant des capacités à se mouvoir intactes, la vitesse, l'amplitude et la souplesse des mouvements sont moindres. Ces changements peuvent influencer sur la capacité d'arriver aux toilettes en cas d'impériosité. Les changements mineurs dans la perception visuelle et la coordination de la motricité peuvent aussi avoir une influence au moment de se déshabiller ou se mettre en position pour uriner. À cela s'ajoute l'instabilité posturale fréquente (risque de chute aggravée par certains médicaments). Le risque d'incontinence urinaire et de chutes est particulièrement élevé pendant la nuit s'il y a modification de l'éclairage, changement d'environnement, etc. (122).

### X.2.3. Hypotonie musculaire lisse

La fragilité s'accompagne d'une diminution globale du tonus et de la mobilité des fibres musculaires lisses de tous les organes. Ce phénomène est cliniquement observable au niveau de l'intestin (constipation) et de la vessie (rétention urinaire). Ces troubles sont d'autant plus marqués s'il existe une immobilisation, une atteinte du système nerveux végétatif, et la prise de médicaments tels que les antidépresseurs imipraminiques, les inhibiteurs calciques, les antipsychotiques, les anticholinergiques, les analgésiques morphiniques et les diurétiques (122,128).

### X.2.4. Altérations cognitives

Les altérations cognitives fréquentes chez la personne âgée peuvent favoriser la survenue d'une incontinence urinaire (128).

De plus, la majorité des effets neuropsychiques induits par les médicaments sont liés à l'existence d'un vieillissement cérébral pathologique sous-estimé ou méconnu du prescripteur. La prévalence de la démence chez le sujet âgé explique les principaux effets indésirables (épisodes de confusion mentale, hallucinations, délires) observés avec de nombreux médicaments dont les anticholinergiques (122).

### X.2.5. Inversion du rythme nyctéméral de la diurèse

En raison de cette inversion, les mictions nocturnes voire une pollakiurie nocturne ou nycturie sont fréquentes chez la personne âgée (128).

### X.2.6. Modifications du métabolisme

Compte tenu de la réduction de la filtration glomérulaire, de la diminution des performances métaboliques du foie et de la modification des différents compartiments de distribution du médicament, les médicaments anticholinergiques entraînent chez la

personne âgée fragilisée un risque élevé de sécheresse buccale, de constipation, de rétention urinaire et d'altération cognitive (122,128).

### **X.3. Caractéristiques de l'incontinence urinaire chez la femme âgée fragilisée**

#### **X.3.1. Prévalence et mécanisme de l'incontinence urinaire**

Une enquête chez 97 femmes âgées de 80 à 89 ans a montré une prévalence de l'incontinence urinaire de 46 % dont 43 % d'incontinences par impériosité, 26 % d'incontinences mixtes et 26 % d'incontinences d'effort (130).

Dans l'enquête de Chiarelli *et al* (12), déjà citée, la prévalence de l'incontinence urinaire était de 35 % chez les femmes de 70 à 75 ans.

Selon la revue systématique de Tannenbaum *et al.* (128), et la revue générale de Chutka et Takahashi (125), l'instabilité vésicale est l'altération la plus fréquente dans cette population, avec un volume résiduel typiquement normal. Dans la majorité des cas, la cause n'est pas connue, mais occasionnellement, elle résulte d'une atteinte neurologique. Les facteurs de risque de cette instabilité vésicale sont l'âge avancé, le diabète et les infections urinaires. L'altération de la contractilité isolée du détrusor est rare, mais est souvent présente dans la neuropathie diabétique, et autres problèmes neurologiques. Dans ce cas, les patientes peuvent présenter des symptômes d'impériosité accompagnés d'un résidu post-mictionnel augmenté.

L'incontinence urinaire d'effort est en général positionnelle et ne survient pas au lit le soir (128).

#### **X.3.2. Incontinence transitoire**

Toujours selon Tannenbaum *et al.* (128), la distinction entre incontinence urinaire transitoire et incontinence urinaire permanente est particulièrement pertinente chez la personne âgée en raison des nombreuses causes iatrogènes ou organiques susceptibles de déclencher l'apparition d'une incontinence urinaire dans cette population. L'apparition brusque ou l'aggravation d'une incontinence urinaire doit faire rechercher une cause d'apparition récente telle que : syndrome confusionnel, restriction de la mobilité, rétention urinaire, étiologie iatrogène (anticholinergiques, morphiniques) ou compression de la moelle épinière, infection, inflammation, fœcalome, prise médicamenteuse et causes métaboliques de polyurie.

Pour se souvenir des étiologies réversibles ou transitoires d'incontinence urinaire les Anglo-Saxons utilisent comme moyen mnémotechnique le terme *DIAPPERS* : *Dementia, Infections, Atrophic Vaginitis, Psychological (depression), Pharmacological, Endocrinological (polyuria related to diabetes or hypercalcemia) aetiologies, Reduction of mobility and Stool Impaction* (125,128).

### **X.4. Évaluation de l'incontinence urinaire de la patiente âgée fragilisée**

Selon les recommandations australiennes et la revue systématique de Tannenbaum *et al.*, les modalités de l'interrogatoire et de l'examen physique sont identiques à celles définies plus haut au paragraphe III.3.2 (127,128).

Une attention particulière doit cependant être apportée à l'évaluation de la qualité de la marche et de la mobilité, à l'état psychologique, aux fonctions cognitives (128). En cas

de plaintes mnésiques, ou de symptômes évoquant un déclin des fonctions cognitives, l'Anaes (131) recommande l'utilisation du *Mini Mental Status Examination* (MMSE). L'élimination d'une cause iatrogène ou organique pouvant déclencher ou aggraver une incontinence urinaire est particulièrement importante (cf. paragraphe précédent) (127,128).

Selon la revue générale de Johnson et Busby-Whitehead, la certitude diagnostique requise avant traitement dépendrait du type de traitement envisageable (rééducation, traitement médicamenteux ou chirurgical), afin d'éviter les investigations non indispensables chez une personne fragilisée. Par exemple, la rééducation périnéo-sphinctérienne, indiquée dans l'incontinence urinaire d'effort, peut être utile dans l'incontinence urinaire par impériosité, un bilan urodynamique pour distinguer avec certitude ces deux types d'incontinence n'est donc pas nécessaire si on envisage une rééducation, en revanche il est impératif avant un traitement chirurgical pour incontinence d'effort pour éliminer une instabilité vésicale (126).

Pour les recommandations australiennes, la mesure du résidu post-mictionnel est indiquée pour éliminer une cause d'obstruction plus fréquente chez la personne âgée et potentiellement curable, et les indications du bilan urodynamique chez la personne âgée sont les mêmes que celles chez la personne plus jeune (127).

Pour le groupe de travail et le groupe de lecture, la recherche d'un résidu post-mictionnel par échographie pelvienne avant la prescription d'un traitement anticholinergique pour des symptômes d'impériosité est systématique chez une patiente âgée.

La revue générale de Johnson et Busby-Whitehead a proposé également la tenue d'un catalogue mictionnel même par une patiente très âgée. En plus d'aider à évaluer les symptômes (et à faire prendre conscience des circonstances de l'incontinence urinaire à la patiente), l'incapacité de tenir un tel catalogue donne une indication sur les difficultés que la patiente aurait à suivre une reprogrammation du comportement mictionnel (126).

## **X.5. Traitement de l'incontinence urinaire chez la patiente âgée fragilisée**

Le traitement de l'incontinence urinaire chez la personne âgée non valide n'est pas abordé dans ces recommandations.

### **X.5.1. Traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la patiente âgée fragilisée**

Selon les conclusions des recommandations australiennes (127), la revue systématique de Tannenbaum *et al.* (128) et la revue générale de Chutka et Takahashi (125), l'incontinence urinaire d'effort est à traiter par rééducation périnéo-sphinctérienne, à condition que la patiente soit motivée et ne présente pas de troubles cognitifs. La chirurgie peut être, plus rarement, également indiquée.

#### X.5.2. Traitement de l'incontinence urinaire par impériosité chez la patiente âgée fragilisée

##### — *Les traitements comportementaux*

D'après les recommandations australiennes, les patientes qui présentent une incontinence par impériosité répondent souvent à une reprogrammation du comportement mictionnel si elles ne sont pas dépendantes, n'ont pas d'altérations cognitives et sont motivées. Il est important qu'elles maintiennent un apport liquidien régulier (127).

Selon la revue systématique de Tannenbaum *et al.*, ces traitements comportementaux sont indiqués en première intention (128).

##### — *La rééducation périnéo-sphinctérienne*

Les exercices du plancher pelvien, associés ou non à une électrostimulation fonctionnelle ou au *biofeedback*, sont proposés par les recommandations australiennes (127) et par la revue systématique de Tannenbaum *et al.* (128). L'électrostimulation et le *biofeedback* sont également considérés comme utiles par la revue générale de Chutka et Takahashi (125).

##### — *Le traitement pharmacologique*

Quand les résultats de la reprogrammation du comportement mictionnel ou de la rééducation ne sont pas satisfaisants, ou si la patiente n'est pas motivée pour ce type de traitement, l'oxybutynine ou la toltérodine (127,128) ou le chlorure de trospium (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture) peuvent être proposés.

Quel que soit le médicament, la dose initiale doit être diminuée de moitié par rapport à la dose initiale recommandée par le résumé des caractéristiques du produit (tel qu'il figure dans le dictionnaire Vidal) et augmentée avec précaution jusqu'à l'obtention des effets thérapeutiques pour minimiser les effets indésirables qui sont souvent une cause d'abandon du traitement. Tannenbaum *et al.* ont proposé des doses initiales pour l'oxybutynine de 2,5 à 5 milligrammes par jour en une prise le soir, augmentées si besoin à 3 prises par jour, et pour la toltérodine de 1 à 2 milligrammes 2 fois par jour (128).

Pour l'oxybutynine il est conseillé des prises plus espacées (une le matin, une le soir) (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

Particulièrement chez la personne âgée, les anticholinergiques sont potentiellement responsables de constipation, de sécheresse buccale (entraînant une augmentation des quantités bues pouvant elle-même aggraver l'incontinence urinaire et éventuellement des caries dentaires) et de syndromes confusionnels (128), surtout chez les patientes avec une démence préexistante (125).

En raison du risque accru chez la patiente âgée de rétention urinaire sous anticholinergiques, cette patiente doit être particulièrement surveillée, surtout en cas de traitement anticholinergique déjà en cours pour une autre indication. Une échographie pelvienne à la recherche d'un résidu post-mictionnel est à réaliser au moindre doute et systématiquement en cas d'infection urinaire (125).

Aux contre-indications « classiques » des anticholinergiques (par exemple : glaucome à angle fermé), il faut ajouter la prise concomitante d'un traitement par

anticholinestérasiques pour des troubles de mémoire ou un syndrome démentiel débutant (consensus du groupe de travail).

#### X.5.3. Traitement de l'incontinence urinaire mixte

Comme pour la patiente plus jeune, la stratégie thérapeutique dépend du type de symptômes (à l'effort ou d'impériosité) prédominant. En fonction des symptômes les plus gênants pour la patiente, on peut proposer une rééducation et/ou un traitement anticholinergique (consensus du groupe de travail et du groupe de lecture).

### X.6. Conclusion

Il n'existe pas de modalités spécifiques pour le diagnostic et le bilan d'une incontinence urinaire chez une patiente âgée fragilisée, hormis deux points particuliers :

- l'évaluation des fonctions cognitives lors du bilan initial ;
- la recherche d'un résidu post-mictionnel par échographie pelvienne avant la prescription d'un anticholinergique pour des symptômes d'impériosité.

Une patiente âgée fragilisée en bon état général, non dépendante, peut être traitée comme une patiente plus jeune, à condition, en cas de prescription d'un anticholinergique pour des symptômes d'impériosité, de diminuer les doses initiales de moitié par rapport aux doses indiquées, de suivre l'évolution des fonctions cognitives au cours du traitement et de chercher au moindre doute (et systématiquement en cas d'infection urinaire) un résidu post-mictionnel par échographie pelvienne afin d'éviter une rétention urinaire.

### X.7. Recommandation

Dans le cas particulier de la personne âgée fragilisée<sup>9</sup>, il est proposé de plus :

- de faire préalablement au traitement une évaluation des fonctions cognitives et de les surveiller sous traitement ;
- de réaliser une échographie vésicale par voie sus-pubienne pour éliminer un résidu post-mictionnel avant de prescrire un anticholinergique ;
- de diminuer la posologie initiale de l'oxybutynine, de la toltérodine, du chlorure de trospium de moitié par rapport aux posologies indiquées, et pour l'oxybutynine, d'espacer les prises (2 prises au lieu de 3, une le matin, une le soir).

---

<sup>9</sup> En absence de définition standard, la fragilité peut être définie comme un état médico-social instable rencontré à un moment donné de la vie d'une personne âgée. Les principales caractéristiques d'une personne âgée fragilisée sont : l'âge supérieur à 85 ans, la polymédication, l'altération des fonctions cognitives, la dépression, la dénutrition, les troubles neurosensoriels, l'instabilité posturale, la sédentarité, la perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne et l'isolement socio-familial.