



Médecine Interne Gériatrie



Incontinence Urinaire Féminine.

13^{emes} Journées scientifiques de
l'hôpital Broca. Paris sept. 2025

Pr Philippe Chassagne

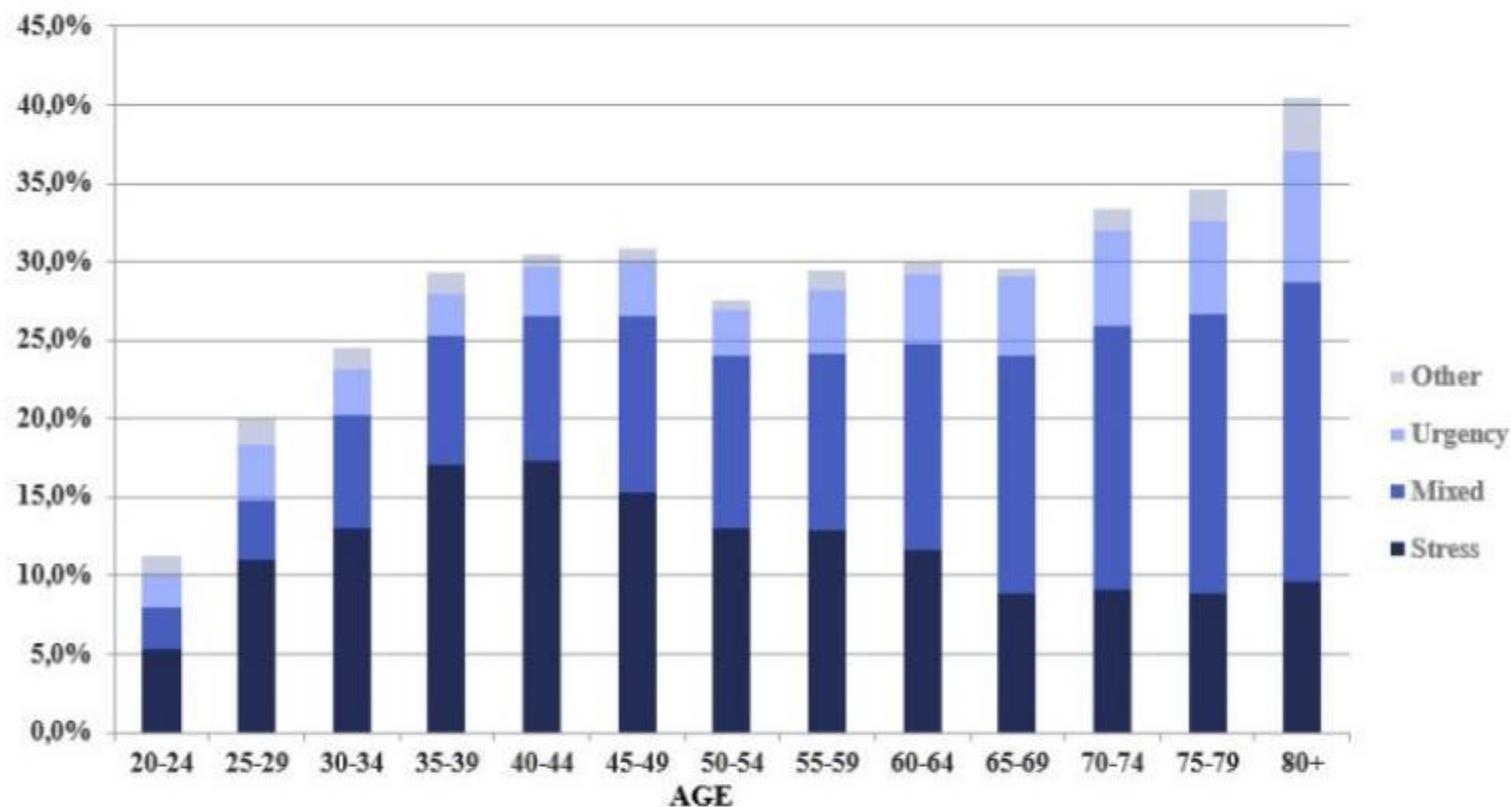
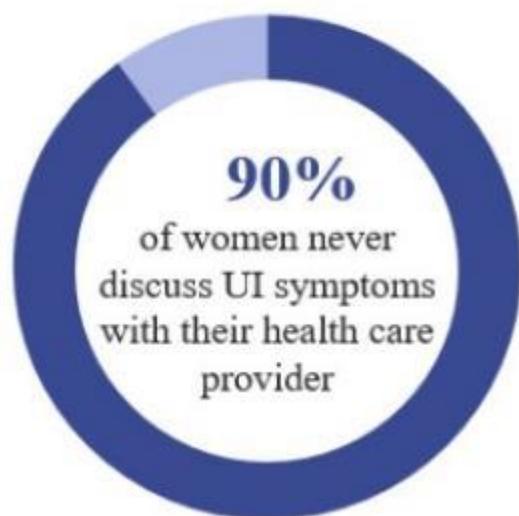
Actions, obligations, rémunérations au long cours : néant

Liens d'intérêt (depuis 2010) : Amgen, bayer, BMS, Boehringer-Ingelheim, Edwards, Ipsen-Beaufour, Kyowa-Kirin, Lilly, Medtronic, Mundi-Pharma, Novartis, Pfizer, Sanofi-Aventis, Shire, Vifor-Pharma

En lien avec cette communication : non

- La fréquence de l'IU est supérieure chez les femmes et augmente avec l'avancée en âge
- 85 % des adultes ayant une IU sont des femmes
- Ce syndrome gériatrique est peu identifié
 - « The unvoiced symptom »
 - Faible intérêt médical
 - Agisme : fréquence à l'hôpital 40 %, en EHPAD \geq 60 %

UI Is Stigmatizing and Prevalent Across the Lifespan



Incontinence urinaire (IU)

- Perte (s) involontaire (s) objectivement démontrable d'urine (dans un lieu et/ou à un moment inapproprié) constituant un problème d'hygiène ou social
- Ce qu'il faut envisager :
 - L'association incontinence urinaire et fécale
 - La nycturie est un diagnostic différentiel

Nycturie sans incontinence



- Nycturie : miction nocturne (≥ 2) ⁽¹⁾ en lien avec une vessie hyperactive ou une polyurie nocturne
- Fréquence après 70 ans : 50 %
- Risque de FESF multiplié par 8 ⁽²⁾
- Association : SAS, Sd des jambes sans repos, insuffisance cardiaque, diabète

(1) Staskin DR. Urology 2002

(2) Asplund R Arch Gerontol Geriatr 2006

Incontinence urinaire : un marqueur gériatrique

- Élément caractérisant une perte d'indépendance fonctionnelle
- Authentique syndrome gériatrique, caractérisé par des facteurs prédisposants (physiologiques ou pas) et précipitants, rarement isolé...



Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures?

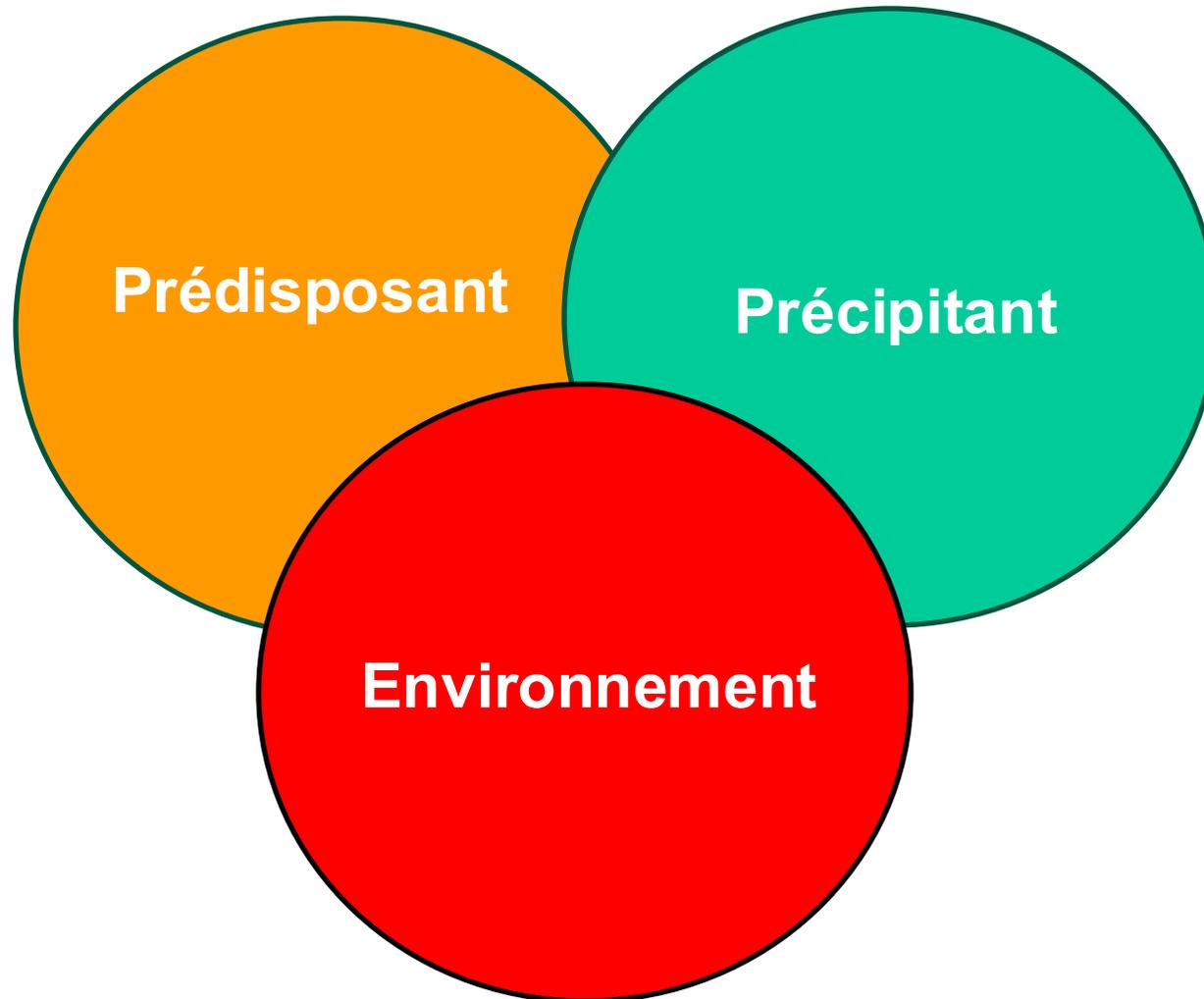
- Population communautaire, n = 6049 femmes, âge (moy) : 78,5 ans
- Fréquence et type d'IU (questionnaire)
- Analyse pendant en moyenne 3 années :
incidence des chutes et de fractures

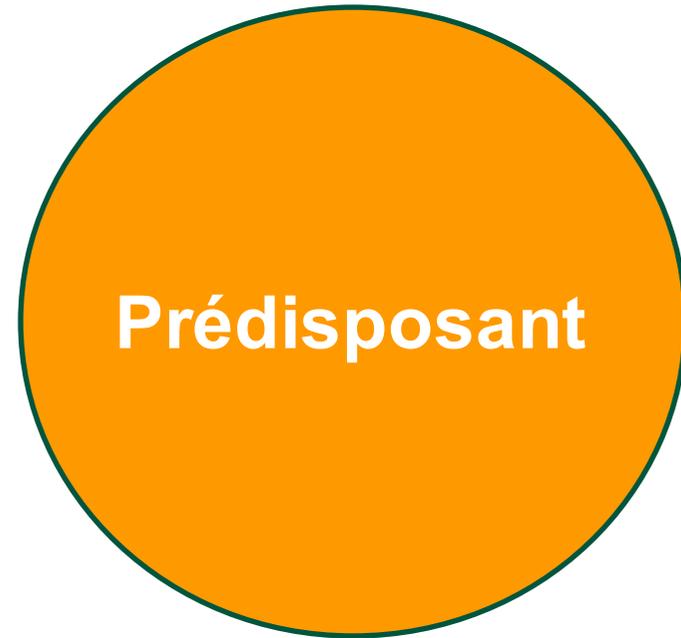
Résultats

	Urgence (≥ 1/sem)	Effort (Stress)	Mixte
%	25	19	12

- Fréquence : chute (55 %), fracture (8,5%)
- L'incontinence d'effort n'est pas associée à un risque de chute supplémentaire
- L'urgence mictionnelle est un fdr significatif et indépendant de chute (OR : 1,26) et de fracture non vertébrale (FESF) (OR : 1,34)

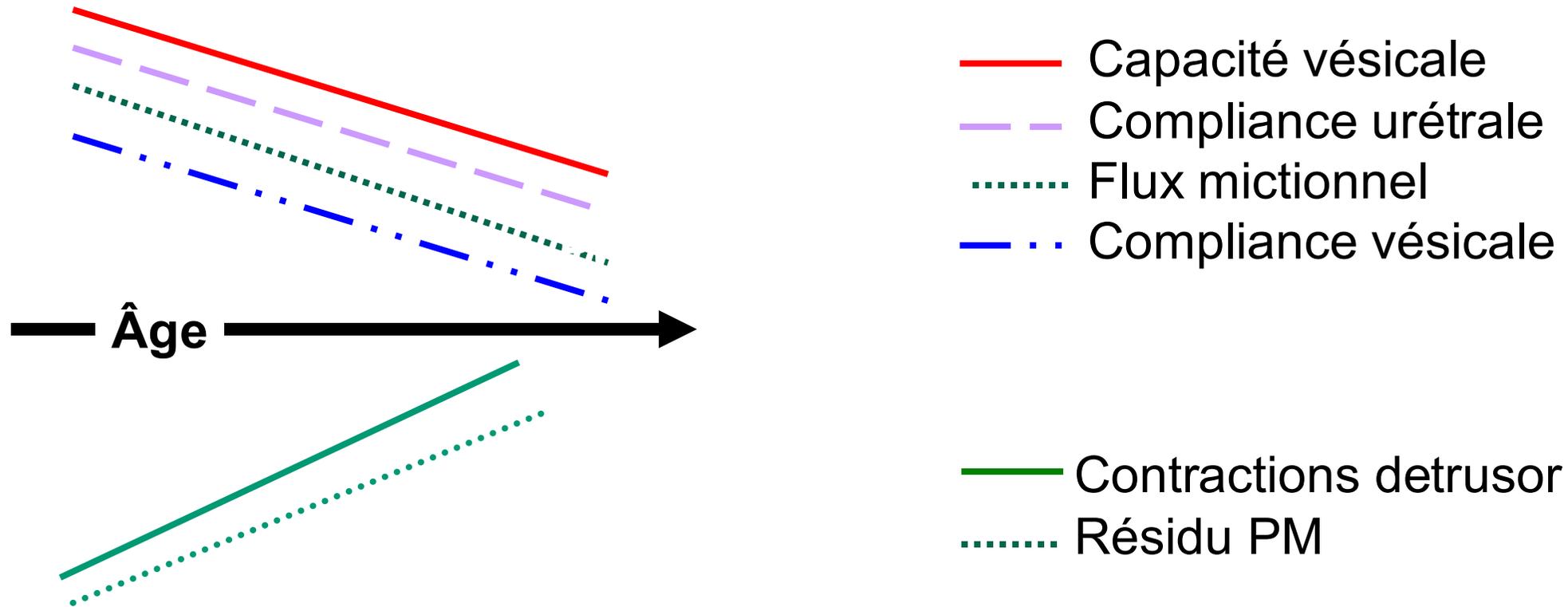
Incontinence urinaire (IU). Un syndrome gériatrique





Prédisposant

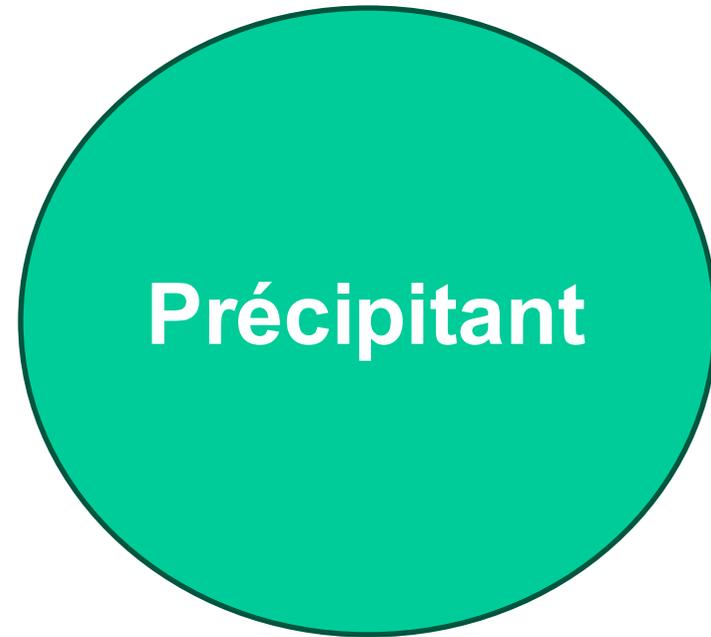
Contenance et vieillissement



IU et vieillissement pathologique

- Poussées abdomino-pelviennes exposant à une **IU d'effort** (« stress ») :
 - Multiparité, dystocie
 - Surpoids
 - Constipation (distale) opiniâtre, BPCO
 - Hystérectomie (RR : 1,29, RR : 2,3 Voie Vaginale)
- Neuropathies (diabète, CLE) : vessie atone (rétention) ou de maladies du SNC (ex : TNCM) donc **urgence mictionnelle**

Donc prédominance féminine de l'incontinence urinaire d'effort (ou mixte)



Précipitant

Les triggers

1. neurologiques

- confusion : rétention aiguë douloureuse
- AVC
- syndrome démentiel avec TPC (Sd Frontal)
- médicaments +++



Médicaments

Diurétiques (bolus, prises multiples)

Anticholinergiques

Sédatifs (psychotropes)

Opioides

Alpha-adrénergiques

Anticalciques

Anti-cholinestérasiques

Mécanismes

Remplissage vésical rapide

Paralysie vésicale

Confusion, marche altérée

Paralysie vésicale

Hypotonie sphinctérienne

Diminution contraction vésicale

Contractions vésicales

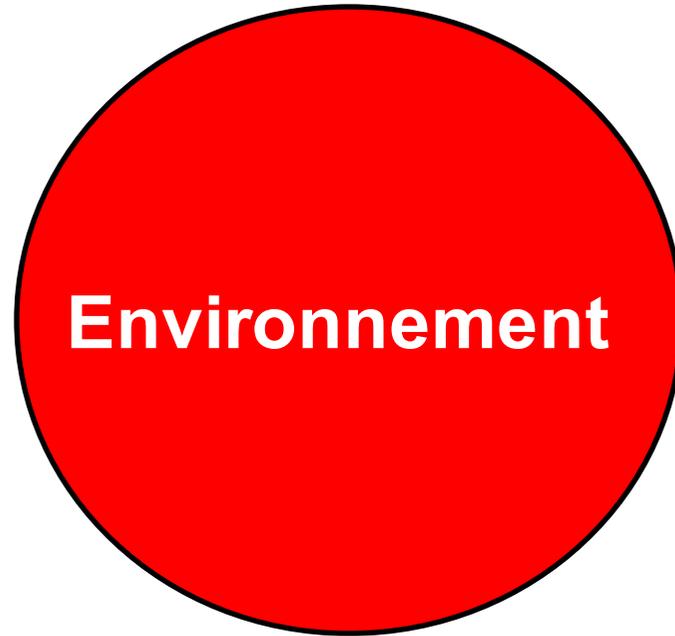
Les triggers

1. neurologiques

- confusion : rétention aiguë douloureuse
- AVC
- syndrome démentiel avec TPC (Sd Frontal)
- médicaments +++

2. irritation loco-régionales

- sondage urinaire, corps étranger intra-vésical
- constipation distale



Environnement

Les triggers

1. neurologiques

- confusion : rétention aiguë douloureuse
- AVC
- syndrome démentiel avec TPC (Sd Frontal)
- médicaments +++

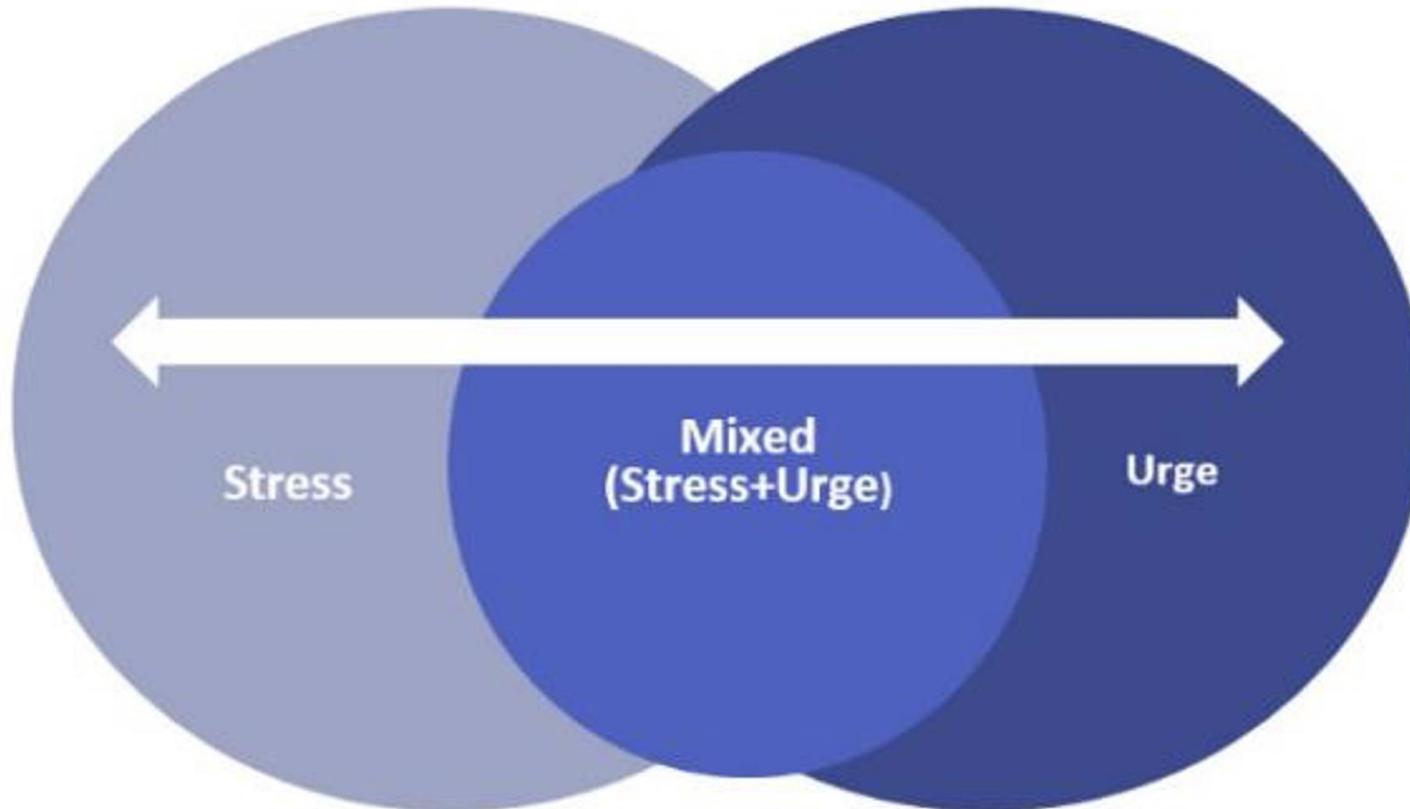
2. irritation loco-régionales

- sondage urinaire, corps étranger intra-vésical
- constipation distale (rétention ou urgence mictionnelle)

3. environnementales (fonctionnelles)

- accessibilité aux toilettes, repères spatio-temporels
- difficultés locomotrices, contention +++, chutes
- infections urinaires

« 3 autres fantastiques » à l'origine d'une IU chronique *



* La rétention d'urine est à l'origine d'une IU aiguë par regorgement « Overflow incontinence »



Incontinence urinaire : stratégie

- Un dépistage est souhaitable
- Pathologie fréquente, négligée
- Son mécanisme relève d'une hypothèse probabiliste fondée sur la seule clinique qui motivera un traitement d'épreuve



NIH Public Access

Author Manuscript

Ann Intern Med. Author manuscript; available in PMC 2006 August 28.

Published in final edited form as:

Ann Intern Med. 2006 May 16; 144(10): 715–723.

The Sensitivity and Specificity of a Simple Test To Distinguish between Urge and Stress Urinary Incontinence

Jeanette S. Brown, MD, Catherine S. Bradley, MD, MSCE, Leslee L. Subak, MD, Holly E. Richter, MD, PhD, Stephen R. Kraus, MD, Linda Brubaker, MD, MS, Feng Lin, MS, Eric Vittinghoff, PhD, and Deborah Grady, MD, MPH

For the Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy) Research Group From the University of California, San Francisco, and San Francisco Veterans Affairs Medical Center, San Francisco, California; University of Iowa, Iowa City, Iowa; University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama; University of Texas Health Science Center at San Antonio, San Antonio, Texas; and Loyola University of Chicago, Maywood, Illinois.

Figure 1. The 3 Incontinence Questions Questionnaire

1. During the last 3 months, have you leaked urine (even a small amount)? Yes No (questionnaire completed)
2. During the last 3 months, did you leak urine (check all that apply):
 - a. When you were performing some physical activity, such as coughing, sneezing, lifting, or exercise?
 - b. When you had the urge or the feeling that you needed to empty your bladder, but you could not get to the toilet fast enough?
 - c. Without physical activity and without a sense of urgency?
3. During the last 3 months, did you leak urine most often (check only one):
 - a. When you were performing some physical activity, such as coughing, sneezing, lifting, or exercise?
 - b. When you had the urge or the feeling that you needed to empty your bladder, but you could not get to the toilet fast enough?
 - c. Without physical activity and without a sense of urgency?
 - d. About equally as often with physical activity as with a sense of urgency?

Definitions of type of urinary incontinence based on response to question 3

Response	Type of incontinence
a. Most often with physical activity	Stress only or stress predominant
b. Most often with the urge to empty the bladder	Urge only or urge predominant
c. Without physical activity or sense of urgency	Other cause only or other cause predominant
d. About equally with physical activity and sense of urgency	Mixed

Response to the third question enables classification of incontinence subtype.

Reproduced with permission from the *Annals of Internal Medicine*.¹⁷

International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence-Short Form (ICIQ-UI-SF)

Questionnaire ICIQ

--	--	--	--	--

Numéro du participant

--	--	--	--

Initiales du participant

--	--	--	--	--	--

J J M M M A A

Vous répondez à ce questionnaire le:

Beaucoup de personnes ont des pertes d'urine de temps en temps. Nous essayons de savoir combien de personnes ont des pertes d'urine et à quel point cela les gêne. Veuillez répondre aux questions suivantes, pensant à votre cas, en moyenne, au cours des QUATRE DERNIERES SEMAINES.

1 **Votre date de naissance :**

--	--	--	--	--	--

JOUR MOIS ANNEE

2 **Sexe (cochez la réponse) :**

Femme Homme

3 **A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ? (ne cochez qu'une seule réponse)**

- jamais 0
- environ une fois par semaine au maximum 1
- deux à trois fois par semaine 2
- environ une fois par jour 3
- plusieurs fois par jour 4
- tout le temps 5

4 **Nous aimerions savoir quelle est la quantité de vos pertes d'urine, selon votre estimation.**

Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ?

(ne cochez qu'une seule réponse)

- nulle 0
- une petite quantité 2
- une quantité moyenne 4
- une grande quantité 6

5 **De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)**

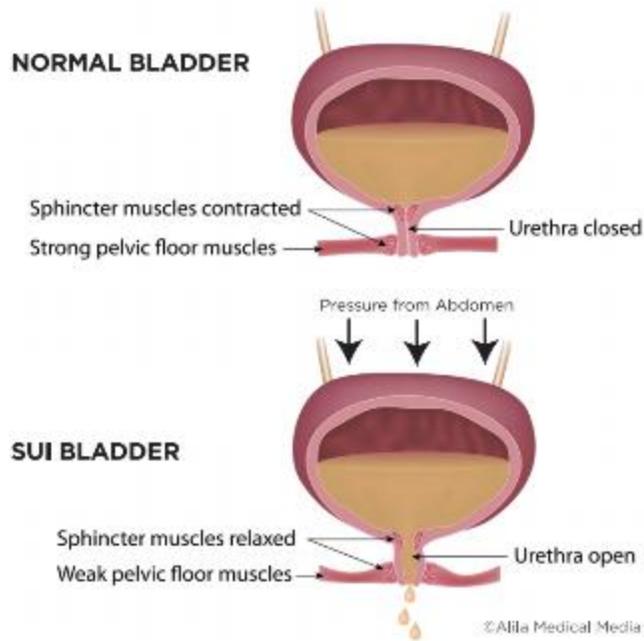
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

Score de l'ICIQ: ajoutez les scores 3+4+5

6 **Quand avez-vous des pertes d'urine ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent à votre cas)**

- vous ne perdez jamais d'urine
- vous avez des pertes d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes
- vous avez des pertes d'urine quand vous tousez ou éternuez
- vous avez des pertes d'urine quand vous dormez
- vous avez des pertes d'urine quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice
- vous avez des pertes d'urine quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillé(e)
- vous avez des pertes d'urine sans cause apparente
- vous avez des pertes d'urine tout le temps

Stress test (hypermobilité urétrale)



- Objectiver une perte d'urine involontaire lors d'un effort de poussée abdominale vessie remplie
- Test positif : probabilité d'IU d'effort X 9
- VPP +++ (79 %)

Examens complémentaires ?



Prise en charge



Prévenir les complications

Améliorer la qualité de vie

Mesures non médicamenteuses

- Mesures comportementales : mictions, programmées ou stimulées
- Indications : IU d'effort ou mixte (en complément d'une intervention chirurgicale ou d'une neurostimulation)
- Rééducation (biofeedback, physiothérapie)
 - sujet âgé, motivé, hypotonie urétrale
 - réévaluer +++ (nb de séances limité)

Traitement médicamenteux



- Après échecs des mesures comportementales dans la vessie hyperactive idiopathique (Urgence) sans examen complémentaire préalable (Grade A)
- « Start low , Go slow » (paliers de 2 à 6 semaines)
- Anticholinergiques de niveau III (antispasmodiques)
- Autres : oestrogènes locaux, vessie atone acontractile (Urécholine[®])

DCI	Nom commercial	Remboursement
Oxybutinine	Ditropan , Driptane	30 %
Toltérodine	Détrusitol	Non
Solifénacine	Vésicare	30 %
Fésotérodine	Toviaz	Non
Chlorure de trospium	Céris	35 %

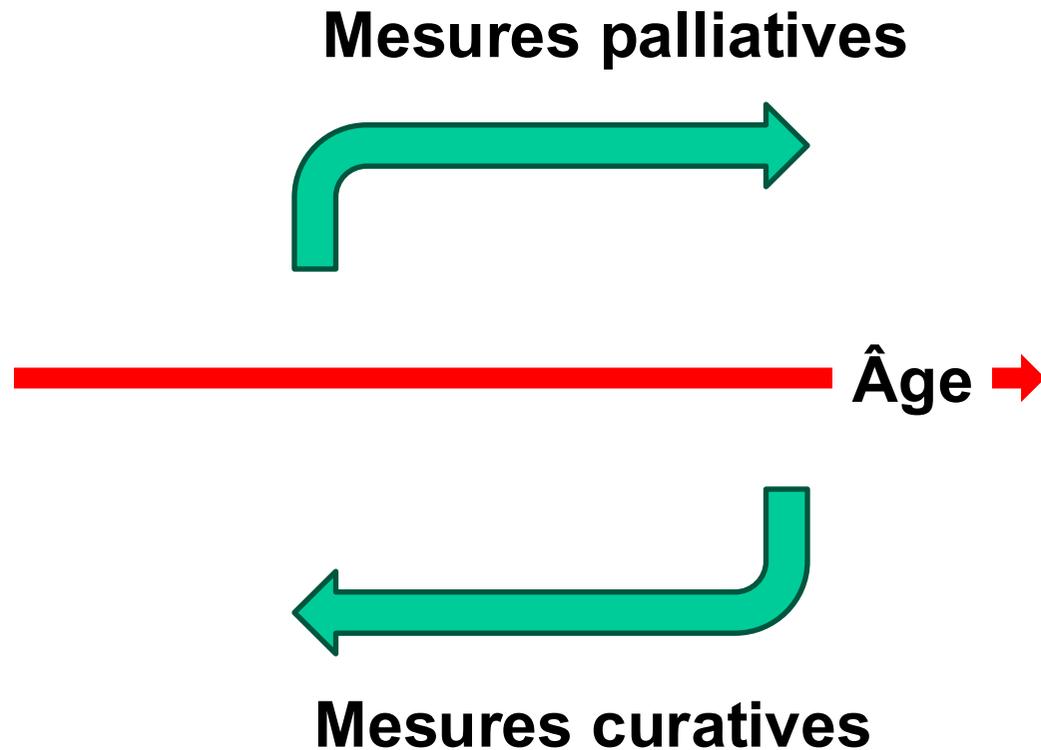
Chirurgie 3 indications

- Libération des voies excrétrices (H +++)**
- IU d'effort**
- Urgence mictionnelle (toxine botulique, neuro stimulation sacrée (SANS))**

- Incontinence urinaire d'effort ou prédominante (AG ou AL), ambulatoire, cystoscopie systématique
- TVT ou TOT
- Personne âgée motivée aux capacités fonctionnelles et cognitives préservées
- Cure de prolapsus, cystocèle

- Hyperactivité vésicale idiopathique
- Associée aux mesures comportementales, médicamenteuses ou rééducation quand les résultats sont insuffisants
- Cystoscopie
- Durée limitée de 6 à 9 mois

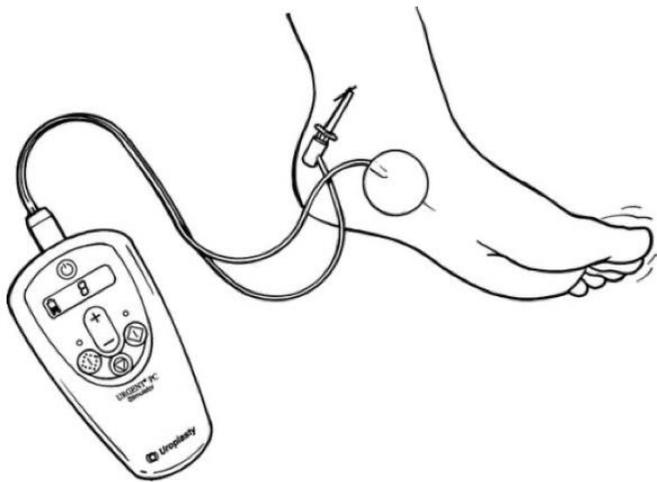
Au cours du temps ce syndrome gériatrique justifie de mesures compensatoires, l'objectif préférentiel est de réduire la fréquence



Collecteur d'urine (Pure- Wick[®])

- Aspiration douce, non invasive, continue éventuellement
- Usages communautaire et institutionnel
- Objectifs palliatifs :
 - Confort
 - Qualité de vie
 - Protection cutanée, réduction théorique du risque de chutes
 - Vidange vésicale nocturne (mode continu)

Neuro stimulation tibiale postérieure (Tens)



- Vessie instable idiopathique ou neurologique
- Séances hebdomadaires de 30 mn pendant 12 semaines
- Résultats non validés chez les personnes âgées, études pilotes non randomisées

Incontinence urinaire féminine

- Une stratégie clinique avant tout, une recherche systématique chez les PA (femmes +++)
- Interrogatoire +++, révision thérapeutique
- Estimer le mécanisme (3 variétés + environnement) puis intervention personnalisée non médicamenteuse (comportementales et médicamenteuse)
- Limiter les explorations complémentaires