Algorithme : évaluation et prise en soin de l'incontinence urinaire (IU) du patient adulte et âgé hospitalisé

Dr Kassouha A., médecin adjoint responsable d'unité, D-NC | Gogniat V., infirmière spécialiste clinique, DS | Meriah H., infirmier responsable d'unité ou de secteur, D-CHIR | Dr Vuagnat H., médecin responsable, DS | Dre Jacques M.-C., médecin adjointe, D-RG

Hôpitaux Universitaires Genève

Évaluation

Évaluation

Histoire de l'incontinence et des troubles

- Depuis quand
- Circonstances (jour/nuit, à l'effort (toux, éternuement, soulever un objet, changement de position), par impériosité (besoin urgent)
- Fréquence, quantité
- Degré de gêne occasionnée
- Evaluation de la sévérité et du retentissement sur la qualité de vie
- Vécu du patient de son incontinence
- Moyens palliatifs : protections (type et nombre/jour et nuit), étuis péniens, autosondage
- Environnement : accès WC, aides techniques (urinal, chaise percée, etc.)
- Aspect des urines, odeur, douleur, brûlures, hématurie
- Si sonde à demeure (SAD) : raison de la pose et depuis quand

Symptômes urinaires associés

- Phase de remplissage : pollakiurie, nycturie, urgenturie
- Phase de vidange : faiblesse du jet, jet haché, difficulté à initier la miction, miction par poussée
- Phase post-mictionnelle : gouttes retardataires, sensation de vidange incomplète
- Co-morbidités : diabète, troubles neurologiques, troubles cognitifs, troubles du sommeil (apnée), constipation, fécalome, ménopause, obésité, urologique (par ex. hypertrophie de la prostate)
- Antécédents : obstétricaux, chirurgie pelvienne, irradiation
- Traitements : anticholinergiques, diurétiques, psychotropes, morphiniques, antagonistes calciques, etc.

Autre

- Evaluation des activités de la vie quotidienne : mobilité, indépendance (habillage / déshabillage)
- Souhait du patient d'investigations et de traitement, motivation à retrouver une continence
- Avis des aidants et des soignants
- Prise en charge déjà réalisée ?

NB : Pour les patients avec des troubles cognitifs ou ne pouvant répondre, l'anamnèse est à compléter avec les proches aidants et par l'observation clinique

Questionnaires auto-évaluation

Sévérité et circonstances de l'IU et son impact : ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire), DPI/échelle clinique

Questionnaires spécifiques : USP (Urinary Symptom Profile), IPPS (International Prostate Symptom Score)

Catalogue/calendrier mictionnel

- Pendant 3 jours
- Disponible sur DPI/échelle clinique/à imprimer

Examen clinique ciblé

Cognition, mobilité, neurologique, toucher rectal, atrophie vulvo-vaginale, œdèmes des membres inférieurs…

Examens complémentaires

Laboratoire (a minima) : Urines: Sédiment +/- culture

- Sang : fonction rénale

Résidu Post-Mictionnel (RPM) si :

- Personnes âgées
- Diabète
- Signes d'hypertrophie de la prostate
- Antécédents de rétention urinaire
- Infections urinaires récidivantes
- Médicaments altérant la vidange de la vessie (ex : anti-cholinergiques)
- Constipation chronique

Tableaux identifiés

Éléments nécessitants une évaluation spécialisée

- Douleur
- Hématurie
- Infections urinaires récidivantes
- Masse pelvienne
- Irradiation pelvienne
- Chirurgie pelvienne ou des voies urinaires basses
- Prolapsus : vaginal/rectal
- Fistule suspectée
- Troubles neurologiques récents ou évolutifs

Facteurs favorisants (DIAPPERS)

Désorientation (déshydratation, hyponatrémie, hypoglycémie, globe urinaire, médicamenteux), Delirium = état confusionnel

Infection urinaire

Atrophie vulvo-vaginale

Pharmacologie (diurétiques, opiacés, neuro-leptiques, antidépresseurs, benzodiazépines, anti-calciques, spasmolytiques)

Psychologique (dépression, troubles psychiatriques)

Excès de diurèse (diabète, polydipsie, boissons en excès, insuffisance cardiaque, œdèmes)

Restriction de la mobilité, perte dextérité

Selles (constipation, fécalome)

Type d'incontinence

Incontinence fonctionnelle
Problème d'accès à la toilette : troubles moteurs ou cognitifs

Incontinence d'effort
Fuite involontaire d'urine accompagnée par l'augmentation de la pression abdominale (lors de l'effort physique, de la toux ou d'éternuements …)

Incontinence par urgenturie
Fuite involontaire accompagnée ou immédiatement précédée d'un désir soudain, impérieux et irrépressible d'uriner

Incontinence mixte
Incontinence d'effort + urgenturie

RPM significatif (rétention urinaire)

Dès 100 ml de résidu, à analyser cas par cas selon le contexte clinique et la capacité vésicale

Traitement facteurs favorisants

Désorientation

- Traiter la cause
- Mictions programmées (X fois/24h)
- Indiquer les WC au patient
- WC signalé visiblement
- Chaise percée ou urinal en chambre

Infection

- Les bactériuries asymptomatiques sont fréquentes. A évaluer au cas par cas si un traitement est nécessaire
- Hygiène locale
- La recommandation est de ne pas surtraiter les bactériuries

Atrophie vulvo-vaginale

- Traitement hormonal topique
- Consultation gynécologique avant traitement

Pharmacologie

- Evaluer les médicaments ayant une incidence sur les troubles mictionnels et les adapter dans la mesure du possible

Psychologique

- Ne pas banaliser le problème
- Être à l'écoute du vécu du patient et le soutenir
- Préserver son sentiment de dignité et d'estime de soi
- Transmettre que l'incontinence n'est pas une fatalité et qu'elle peut se guérir
- Motiver le patient à appeler pour une assistance, à uriner aux WC, urinal, chaise percée…
- Traiter les troubles psychiatriques

Excès de diurèse

- Apport hydrique quotidien env. 1,5 l à adapter en fonction des pathologies
- Eviter l'apport de boissons 2h à 3h avant le coucher
- Diminuer ou arrêter les boissons à base de caféine
- Equilibrer le diabète
- Si œdèmes des membres inférieurs, port de bas contention la journée, pour diminuer la polyurie nocturne
- Eviter les diurétiques le soir

Restriction de la mobilité

- Vérifier si les habits sont faciles à enlever
- Faciliter l'accès aux WC, urinal, chaise percée
- Fournir des moyens auxiliaires nécessaires (lunettes, cannes, chaussures, éclairage)
- Disponibilité des soignants pour l'accompagnement

Constipation (selles)

- Vérifier le transit intestinal, constipation / fausses diarrhées
- Éviter la constipation : Hydratation suffisante Alimentation riche en fibres Laxatifs selon prescription / protocole

Traitement

Consultations spécialisées

- Différentes consultations spécialisées existent aux HUG : urologie, gynécologie, gériatrie, neurorééducation

  ↗ www.hug.ch/programme-resocontinence/consultations

IU par urgenturie

- Mictions programmées, à intervalle régulier et au lever et avant d'aller se coucher
- Traitement médicamenteux :
  - Anticholinergiques : Trospium, Fesoterodine, Solifénacine, Darifénacine (risques cognitifs chez les personnes âgées)
  - Bêta-adrénergique : Mirabégron (risque HTA)
- Rééducation périnéale sur prescription

IU d'effort

- Mictions programmées, à intervalle régulier et au lever et avant d'aller se coucher
- Rééducation périnéale sur prescription

IU mixte

- Traiter le symptôme le plus handicapant en premier

RPM important

- Traitement de la constipation
- Alimentation riche en fibres pour éviter la constipation
- Evaluation les médicaments ayant une incidence sur la rétention
- Traitement : Alpha-bloquants (homme)
- Selon évaluation spécialisée : sondage permanent, intermittent

Si persistance de l'IU

Moyens palliatifs

- A proposer : en attendant l'efficacité des étapes précédentes, si l'IU persiste malgré le respect des étapes précédentes ou s'il n'y a pas de traitement possible.
- Protections : choix (taille, modèle et absorption) est à adapter en fonctions de l'importance des fuites et caractéristiques du patient.
- Etuis péniens (procédure : ↗ www.hug.ch/procedures-de-soins/etuis-peniens-ep-pose-soins). Clamps péniens.

NB : La répartition des tâches se fait en fonction des directives HUG et de la spécificité des services