



Médecine Interne Gériatrie



# **Examens complémentaires : ce qu'il convient de faire et de ne pas faire de première intention?**

[philippe.chassagne@chuv.ch](mailto:philippe.chassagne@chuv.ch)

# Conflits d'intérêt

- Néant

# Mots clés



- Femme âgée, Incontinence Urinaire (IU) chronique ( $\geq 3$  mois), permanente
- Anamnèse : urgence mictionnelle et stress
- Incontinence fécale (IF) associée

# Ses antécédents

- Accouchement dystocique
- Hystérectomie (facteur favorisant d' IU par dénervation et/ou prolapsus)
- Prolapsus rectal opéré (insuffisance pelvi-périnéale et efforts de poussée possibles)

# Donc...

- **Double Incontinence** en lien avec une insuffisance pelvi-périnéale +/- dénervation
- **Incontinence urinaire mixte** : Urgence mictionnelle (vessie hyperactive) et “stress”
- Facteur précipitant :
  - arrêt d'une hormonothérapie substitutive
  - pro-cholinergique (Galantamine)
  - diurétique
- Quid de la cognition, de la mobilité, de l'environnement, constipation ancienne, s'agit il d'une nycturie isolée ?

# Nycturie

- Nycturie : miction nocturne ( $\geq 2$ ) <sup>(1)</sup> en lien avec une vessie hyperactive ou une réelle polyurie nocturne
- Fréquence après 70 ans : 50 %
- Risque de FESF multiplié par 8 <sup>(2)</sup>
- Les associations : SAS, Sd des jambes sans repos, IC, diabète

*(1) Staskin DR. Urology 2002*

*(2) Asplund R Arch Gerontol Geriatr 2006*



$$\frac{\lim_{n \rightarrow \infty} \frac{2^{2n} (n!)^2 \log 7}{(2n)! \sqrt{n}}}{\left[ e^{\int_0^\infty e^{-t^2} dt} - e^{i \sum_{k=0}^\infty \frac{8}{(4k+1)(4k+3)}} \int_0^\infty \frac{2t}{e^t - 1} dt \right]} \cdot \frac{1}{\left[ \int_0^\infty \frac{\sqrt{3} dt}{t^6 + 1} \right]^2 \left[ \int_{-\infty}^\infty e^{-\pi t^2} dt \right] \left[ \int_0^\infty e^{-t} t dt \right]} = 50$$

# Tout est clair , je proposerais :

- Stix urinaire et/ou ECBU et traitement seulement si symptômes présents :
  - objectif : réduire l'impériosité (pas guérir)
  - chez des résidents d'EMS le ttt d'une bactériurie asymptomatique est inefficace pour réduire les symptômes d'une IU chronique <sup>(1)</sup> et écologiquement dangereux

# Ensuite, je ferais :

- Mesure du RPM de principe :
  - Peu probable rétention : femme, IU chronique et de forme mixte
  - Indispensable avant le ttt de l'instabilité vésicale (si RPM  $\geq$  100 ml : prudence)
- Catalogue mictionnel +++ : nycturie ?
- Biologie : à la rigueur recherche d'une hyponatrémie hypo-osmolaire ...

# Je compléterais par 2 examens :

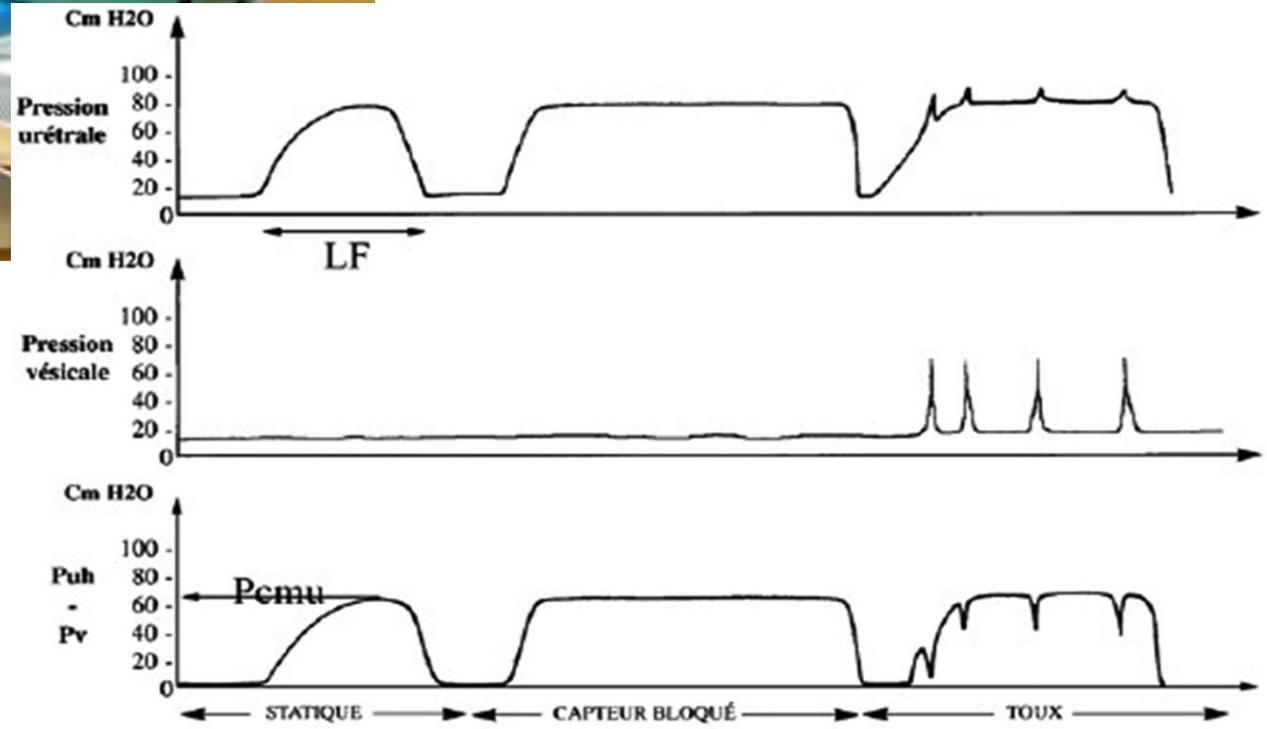
- Toucher rectal :
  - Constipation distale ? Tonus anal ?
- Stress test <sup>(1)</sup> : vessie pleine, position debout, effort (toux, Valsalva)
  - Reproductibilité (Kappa : 0.8)
  - Si Stress test + : alors probabilité d'IU "stress" X 9.4 (CI: 1.1-77)
  - Spécificité : si négatif alors "IU de Stress" improbable

# Recommandations.

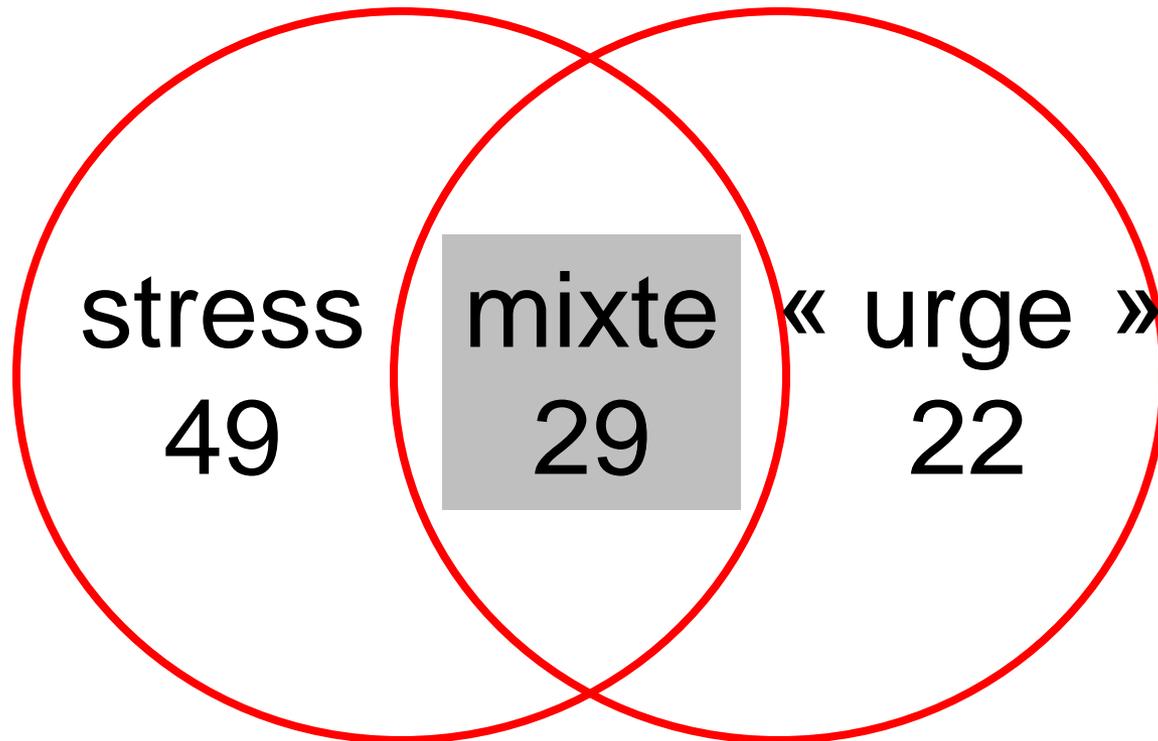
## HAS 2003, NICE 2013

- Cystoscopie : récurrence post-opératoire d'une chirurgie fonctionnelle d'IU, suspicion de corps étranger vésical, hématurie....donc ici **non**
- Imagerie : en dehors de la rétention chronique pas de vérification du haut appareil donc ici **non**
- Echographie endo anale : rupture sphinctérienne anale ... ici **non**

# Donc pas d'examens complémentaires, et le bilan urodynamique alors ?



# Prévalence (%) de l'incontinence Urinaire féminine et variétés



# BUD : rationnel

- En cas d'IU par instabilité vésicale, le ttt probabiliste est possible sans BUD préalable, l'examen clinique permettant de faire une hypothèse diagnostique correcte dans 90 % des cas <sup>(1)</sup>
- De première intention ici : pas de BUD

(1) Ouslander JG NEJM 200

# BUD : indications

<b>Indication</b>	<b>Validation</b>
Avant chirurgie	Oui et non
Après échec d'une chirurgie fonctionnelle	Oui
Si la révision thérapeutique et le ttt probabiliste ont échoué	Oui
Chez cette patiente en seconde intention	OUI (prolapsus anal opéré, Antcnds ..)

VOUS ALLEZ FÊTER VOTRE  
ANNIVERSAIRE AU COURS  
DES 12 PROCHAINS MOIS...



**Que devrait on observer ici ?**

# Résultats attendus...

Mesure	
Résidu PM	0 ml
Débit-métrie	11 ml/ sec en un jet
Besoin (B1, B2)	Préservé
Contractions vésicales déshinibées	Oui (39 ml)
Compliance vésicale	125 ml/ cm d'eau (N)
Pression urétrale de repos	Diminuée
Contraction maximale volontaire	Diminuée
Cystomanométrie dynamique (Vasalva)	120 ml et fuites

# Take home messages

- Incontinence urinaire : un fréquent syndrome gériatrique donc une approche clinique
- Bactériurie symptomatique et IU récente et / ou sévère : recherche et TTT
- BUD : avant chirurgie fonctionnelle et/ou physiothérapie (biofeed-back) plus que pour valider la cause de l'IU
- Pas d'imagerie, ni biologie
- Si IU alors analyse de l'environnement et de la mobilité (AVQ ++) et du risque de chute