

**PRISE DE POSITION DE LA SOCIÉTÉ
QUÉBÉCOISE DE GÉRIATRIE SUR
L'INCONTINENCE URINAIRE**

Marie-Christine Blondin, M.D., FRCPC
Géiatre

Octobre 2021



Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication.

Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte médical décrit dans ce document.



TABLE DES MATIÈRES

Introduction	4
Définitions et impact du vieillissement.....	4
Dépistage	5
Évaluation	5
- Questionnaire et outils.....	5
- Examen physique.....	7
Bilan paraclinique	9
Diagnostic: type d'incontinence urinaire et causes.....	9
Traitement	11
- Interventions non-pharmacologiques.....	11
- Interventions pharmacologiques.....	13
- Déprescription.....	13
- Bactériurie asymptomatique et antibiotiques.....	13
- Atrophie vaginale	14
- Hypertrophie de la prostate	14
- Agonistes bêta-3	14
- Anti-muscariniques.....	15
Conclusion	16
Références.....	17
Liens utiles	18
Annexe 1 – Exemple de journal mictionnel	19



INTRODUCTION

L'incontinence urinaire est une condition de santé qui devient plus fréquente avec l'âge. En effet, on estime que jusqu'à un tiers des hommes et la moitié des femmes de plus de 65 ans vivant en communauté en sont atteints. La prévalence peut être plus importante, particulièrement si d'autres conditions de santé sont présentes, comme les troubles neurocognitifs majeurs. Bien qu'elle soit fréquente, l'incontinence urinaire est le syndrome gériatrique le plus négligé. Pourtant, ses répercussions sur la qualité de vie des patients sont bien documentées : isolement social, symptômes dépressifs, facteur de risque d'être hébergé. De plus, les impacts financiers associés à l'achat des protections contre les fuites urinaires ainsi que le fardeau accru sur les proches aidants, le cas échéant, ajoutent aux inconvénients engendrés par l'incontinence. Or, une évaluation et une prise en charge adéquates peuvent permettre de minimiser, voire éliminer l'incontinence urinaire. C'est dans ce contexte que cette prise de position de la Société québécoise de gériatrie se veut un outil pour que les cliniciens, en collaboration avec une équipe interdisciplinaire lorsque c'est possible, puissent évaluer de manière efficace l'incontinence urinaire chez leurs patients afin de la traiter et d'optimiser leur qualité de vie.

Définitions et impact du vieillissement

L'*International Continence Society* définit l'incontinence urinaire comme toute perte d'urine involontaire. Bien que l'incontinence ne soit pas un phénomène attendu du vieillissement, certains facteurs de risque sont plus fréquents avec l'âge. En effet, la vessie devient moins COMPLIANTE et le nombre de contractions inappropriées tend à augmenter. Le plancher pelvien a aussi tendance à être plus faible en raison de la multiparité chez les femmes, de constipation ou d'obésité. Chez les hommes, l'augmentation du volume de la prostate ou encore les séquelles d'une chirurgie de la prostate peuvent contribuer à l'apparition de symptômes urinaires bas. Le contrôle neurologique exercé sur l'appareil urinaire peut aussi être entravé par des pathologies plus fréquemment rencontrées chez la personne âgée. Par exemple, les racines nerveuses spinales peuvent être touchées par des sténoses causées par de l'arthrose. L'activité inhibitrice du cortex cérébral peut aussi être diminuée par la présence d'atteinte vasculaire. Plusieurs autres pathologies peuvent aussi contribuer à l'apparition d'incontinence urinaire, comme l'insuffisance cardiaque ou le diabète. L'hétérogénéité de la population âgée fait en sorte qu'on ne pourrait mentionner toutes les causes possibles: une évaluation individualisée est donc de mise pour mettre en évidence le type d'incontinence et les causes sous-jacentes.



Dépistage

Pour plusieurs raisons, les patients souffrant d'incontinence urinaire peuvent ne pas rechercher d'aide de leur professionnel de la santé: impression qu'il s'agit d'un phénomène attendu du vieillissement, sujet tabou, honte ou peur de devoir subir une chirurgie. Cependant, le fait d'intégrer l'incontinence urinaire aux autres syndromes gériatriques à dépister chez les patients âgés peut permettre d'ouvrir la conversation. Des questions simples comme « Pensez-vous avoir des problèmes avec votre vessie? » Ou avez-vous des fuites urinaires? » (vérifier réf et bonnes questions) seront utiles pour dépister l'incontinence.

La SQG recommande de dépister la présence d'incontinence urinaire chez les patients âgés au même titre que sont dépistés les autres syndromes gériatriques.

Évaluation

L'évaluation médicale de l'incontinence urinaire doit permettre d'identifier le type d'incontinence, puisque la prise en charge dépendra de ce dernier. Le questionnaire, des outils d'évaluation clinique et l'examen physique permettront de déterminer le type d'incontinence.

Questionnaire et outils

L'anamnèse auprès du patient devra d'abord cibler les circonstances entourant les fuites urinaires.

Les fuites survenant à la toux, au rire, lors d'éternuements ou d'effort physique caractérisent l'incontinence urinaire d'effort. La quantité des fuites est souvent petite.

Les fuites survenant suite à des urgences mictionnelles, parfois déclenchées par des stimuli comme l'eau qui coule ou le retour au domicile (phénomène de clef dans la porte) sont associées à l'incontinence urinaire d'urgence. Les volumes de ces fuites sont souvent plus importants.

Certains patients vont présenter des incontinenances à la fois d'urgence et d'effort : il s'agit alors d'incontinence mixte.



L'incontinence par regorgement peut se présenter avec des symptômes liés à la rétention urinaire, comme de la douleur abdominale, et d'autres symptômes comme la dysurie ou le goutte-à-goutte, particulièrement chez les hommes.

Les incontinenances survenant en lien avec une incapacité de se rendre à la toilette ou d'effectuer les gestes nécessaires à l'hygiène excrétrice correspondent à des incontinenances fonctionnelles. Souvent, il n'y aura pas de symptômes urinaires associés, mais on pourra mettre en évidence des symptômes liés à un autre syndrome gériatrique, comme des atteintes cognitives ou de la mobilité.

L'incontinence multifactorielle, quant à elle, survient lorsque se combinent plusieurs types d'incontinence mentionnée ci-haut, en présence d'au moins un syndrome gériatrique autre que l'incontinence.

Le **questionnaire 3 Incontinence Questions (3IQ)** permet d'établir si la personne souffre d'incontinence d'effort, d'urgence ou mixte. Il peut être auto-administré avant la consultation.

La fréquence des incontinenances, de même la présence de nycturie devront être déterminés. Le port de protection contre les fuites urinaires, en ce qui a trait à leur type et à la fréquence de changement requise doit être questionné.

L'anamnèse se poursuivra en recherchant les symptômes associés à l'incontinence urinaire comme les symptômes irritatifs, l'hématurie, l'incontinence fécale, la constipation ou la présence de symptômes gynécologiques.

On vérifiera également la présence d'antécédents pertinents comme le nombre d'accouchements et leur type, les chirurgies abdominales ou pelviennes, des traitements de radiothérapie pelvienne ou des traitements antérieurs tentés contre l'incontinence.

Le contrôle de certaines comorbidités peut avoir un impact direct sur la continence. On devra alors questionner, le cas échéant, les symptômes de diabète, d'insuffisances cardiaque, rénale ou hépatique qui engendreraient une surcharge volémique, de maladie neurologique en particulier à ce qui a trait à la maladie de Parkinson ou de trouble neurocognitifs majeurs. En présence de maladie psychiatrique, le contrôle récent ainsi que les changements de médication au fil du temps, particulièrement en ce qui a trait au lithium qui peut causer un diabète insipide, doivent être évalués.



Le questionnaire des habitudes de vie est crucial, puisqu'il permettra d'établir plusieurs recommandations non-pharmacologiques. On devra rechercher la quantité de liquide consommée chaque jour. En particulier, on devra s'attarder à la consommation d'alcool, de caféine sous toutes ses formes (café, thé, certaines boissons gazeuses) et au tabagisme. Les habitudes en termes d'activités physiques ainsi qu'un questionnaire fonctionnel compléteront l'évaluation.

Le journal mictionnel (voir annexe 1) est un outil efficace qui permet de synthétiser plusieurs des informations essentielles à l'évaluation de l'incontinence urinaire. Il a aussi l'avantage de faciliter le suivi dans le temps puisqu'on peut y calculer le nombre de mictions par jour, la nycturie ainsi que le nombre d'incontinences.

La SQG recommande l'utilisation d'un journal mictionnel pour compléter l'anamnèse d'un problème d'incontinence urinaire. Celui-ci doit être complété pour trois journées distinctes.

Examen physique

Les gestes de l'examen physique devront se concentrer sur les systèmes neurologiques, locomoteurs, urinaires et gynécologiques.

On notera d'abord les caractéristiques de la mobilité du patient. L'utilisation d'une aide technique à la marche et la vitesse de marche sont des paramètres importants puisqu'ils influencent la capacité à se rendre à la toilette en temps opportun. De la même façon, la présence de signes ou symptômes laissant présager des atteintes cognitives devront être soulignés.

L'examen plus spécifique débutera avec un test de stress. Alors que la vessie du patient est pleine, on lui demandera de revêtir une jaquette d'hôpital et de retirer ses sous-vêtements. En position debout, au-dessus d'un papier absorbant, on lui demandera de tousser ou d'effectuer une manœuvre de Valsalva. S'il y a écoulement d'urine, le test est positif. Le patient peut ensuite aller vider sa vessie, s'il en ressent le besoin, avant de poursuivre l'examen.



En décubitus dorsal, on examinera l'abdomen du patient à la recherche de masse. Le résidu post-mictionnel par échographie devra ensuite être mesuré. Une valeur de moins de 50 millilitres est considérée comme normale, alors qu'une valeur de plus de 200 millilitres indique définitivement un défaut de contractilité de la vessie. Par la suite, le patient pourra se positionner en décubitus latéral. On évaluera la sensibilité à la piquûre des nerfs S2 à S4 en utilisant un abaisse-langue brisé sur les dermatomes correspondant. La présence des réflexes anal et bulbo-caverneux sera également notée.

Chez les hommes, on poursuit l'examen par un toucher rectal afin d'évaluer le volume de la prostate et le tonus anal.

Chez les femmes, on notera s'il y a présence d'atrophie vaginale. Par la suite, même sans l'utilisation d'un spéculum, on peut noter s'il y a présence d'un prolapsus. On peut ensuite évaluer la force maximale et l'endurance des muscles du plancher pelvien en insérant deux doigts dans le vagin. La force peut être jugée adéquate si la contraction est suffisante pour faire chevaucher les doigts de l'évaluateur.

Cette partie de l'examen terminée, le patient peut revêtir ses sous-vêtements. Selon les éléments récoltés jusqu'à alors au questionnaire et à l'examen physique, on pourra compléter par un examen des membres inférieurs pour évaluer la présence d'œdème. Un examen neurologique complet pourra être réalisé si on suspecte une contribution neurogène à l'incontinence, par exemple un accident vasculaire cérébral, la maladie de Parkinson ou une neuropathie périphérique.

La SQG recommande que l'examen physique en cas d'incontinence urinaire soit composé d'un test de stress, d'une quantification du résidu post-mictionnel par échographie et d'une évaluation des organes génitaux et de la force des muscles du plancher pelvien. Chez les hommes, le volume de la prostate sera estimé, alors que chez les femmes, la présence d'anomalies des organes génitaux externes ou d'un prolapsus devra être recherchée. Un examen neurologique ciblé, une recherche de signes de surcharge volémique et un examen de la mobilité ou de la cognition compléteront l'évaluation selon la situation clinique.



Bilan paraclinique

Règle générale, on procèdera à une analyse d'urine. On y recherchera de l'hématurie qui pourrait témoigner d'une condition urologique ou néphrologique sous-jacente. La présence de cétones ou de glycosurie peut soutenir une hypothèse de diabète mal contrôlé s'il y a polyurie. En présence d'incontinence urinaire nouvelle ou exacerbée, une culture d'urine peut permettre d'identifier une cystite.

La créatinine, afin d'estimer la fonction rénale et les électrolytes, incluant le calcium pour éliminer une hypercalcémie, devraient être demandés. L'hémoglobine glyquée peut être pertinente si on suspecte un diabète mal contrôlé.

Les examens d'imagerie seront demandés au besoin. Par exemple, en cas de rétention urinaire, une échographie pour éliminer une hydronéphrose sera demandée. Une imagerie de l'arbre urinaire est à considérer si l'on suspecte des lithiases. Une cystoscopie, après un avis urologique, pourrait être faite. Une tomodensitométrie ou une imagerie par résonance magnétique sera demandée si on suspecte une lésion du système nerveux central ou périphérique. Quant aux examens urodynamiques, ils seront parfois pertinents dans des cas plus complexes, mais sont rarement requis.

La SQG recommande que les investigations paracliniques de l'incontinence urinaire soit composés d'une analyse d'urine, d'un dosage de la créatinine et des électrolytes, incluant le calcium. Une culture d'urine, une hémoglobine glyquée et des examens par imagerie seront demandés selon la situation clinique.

Diagnostic : type d'incontinence urinaire et causes

Comme pour les autres syndromes gériatriques, l'incontinence urinaire chez la personne âgée sera souvent le résultat de plusieurs facteurs interagissant ensemble. Afin d'intervenir efficacement, le type d'incontinence doit être identifié. Le tableau ci-dessus résume les principales caractéristiques selon le type d'incontinence et les causes sous-jacentes fréquentes.



Tableau 1. Caractéristiques et causes d'incontinence urinaire

Type	Symptômes	Signes	Causes
Stress	Fuites de petites quantités À l'effort : toux, rire, éternuement	Faiblesse des muscles du plancher pelvien Test de stress positif Prolapsus possible	Multiparité Obésité Constipation Toux (MPOC, IECA)
Urgence	Envie soudaine d'uriner Fuites de quantité importante	Possibles : - Anomalies à l'examen neurologiques - Surcharge volémique	Caféine Vessie hyperactive Tumeur ou lithiase vésicales Maladie de Parkinson Médication (IAChE, diurétiques) Polyurie secondaire à surcharge volémique ou diurèse accrue (diabète, insuffisance cardiaque)
Mixte	Combinaison des caractéristiques des IU de stress et d'urgence		
Par regorgement	Épisodes d'IU non provoqués par l'effort et sans envie d'uriner	Résidu post-mictionnel élevé Atteinte des nerfs sacrés	Hypertrophie de la prostate Neuropathie diabétique Sténose urétrale Médication anticholinergique
Fonctionnelle	Troubles cognitifs ou de mobilité	Diminution vitesse de marche Atteinte cognitive	Arthrose AVC TNC majeur Delirium
Multifactorielle	Présence d'un syndrome gériatrique autre que l'IU	Combinaison des signes ci-haut	Dépression TNC majeur Trouble de mobilité et d'équilibre

Toute condition qui contribue à affaiblir les muscles du plancher pelvien peut causer une incontinence de stress. Les femmes sont évidemment prédisposées en raison des accouchements. La constipation chronique et l'obésité peuvent également en être la cause. Par ailleurs, la toux chronique peut démasquer l'incontinence de stress.

En ce qui concerne l'incontinence d'urgence, elle peut être causée par un phénomène qui engendre des contractions inappropriées de la vessie : caféine, tumeur ou lithiase vésicale, cystite, maladie de Parkinson, inhibiteur de l'acétylcholinestérase, etc. Les causes de polyurie



vont par ailleurs contribuer à exacerber les urgences mictionnelles. La prise de diurétique, un diabète mal contrôlé, l'insuffisance cardiaque, le diabète insipide ou l'hypercalcémie en sont des exemples.

Traitement

Le traitement sera basé sur le type d'incontinence urinaire diagnostiquée. Les interventions possibles sont divisées en deux grandes catégories, soit les interventions non-pharmacologiques et pharmacologiques.

Interventions non-pharmacologiques

Pour tous les types d'incontinence urinaire, les interventions non-pharmacologiques devraient constituer la première ligne de traitement. D'abord, des modifications des habitudes de vie peuvent souvent diminuer significativement le nombre d'incontinences. La quantité de liquide consommée par jour devrait être d'environ 2 litres. Les personnes souffrant d'incontinence ont souvent tendance à diminuer au minimum leurs apports liquidiens, ce qui peut résulter en une exacerbation des urgences mictionnelles en raison de la concentration élevée de l'urine. Pour les patients au pris avec de la nycturie, il est judicieux d'éviter les apports liquidiens après l'heure du souper. On peut également suggérer aux patients qui présentent un oedème des membres inférieurs de surélever ceux-ci en fin de journée ou de porter des bas de contention, afin de diminuer la production d'urine nocturne associée à la résorption des oedèmes en position de décubitus. La consommation d'alcool et de caféine devrait être réduite au minimum. La cessation tabagique devrait être recommandée, a fortiori en présence de maladie pulmonaire obstructive déjà avérée. S'il y a présence de constipation, les apports en fibres dans l'alimentation doivent être augmentés.

La SQG recommande que les apports liquidiens quotidiens des patients souffrant d'incontinence urinaire soit d'environ 2 litres par jour. La consommation de caféine et d'alcool devrait être évitée.

L'autre volet important des approches non-pharmacologiques est celui de la réadaptation. En cas d'incontinence de stress, mixte et même d'urgence, le renforcement des muscles du plancher pelvien est prouvé efficace, tant chez les hommes que chez les femmes. Une



évaluation en physiothérapie périnéale est alors indiquée afin de déterminer des objectifs de traitement et de proposer des exercices personnalisés. Malheureusement, l'accès et les coûts peuvent être rébarbatifs selon les ressources disponibles dans les différentes régions du Québec.

La SQG recommande une évaluation en physiothérapie périnéale pour les patients souffrant d'incontinence de stress, d'urgence ou mixte.

D'autres techniques de rééducation vésicale peuvent être enseignées au patient par les membres de l'équipe interdisciplinaire, selon la situation clinique. Les techniques de diversion et de suppression des envies urgentes seront utiles chez les patients présentant de l'incontinence urinaire d'urgence. Au moment de l'envie, la contraction des muscles du plancher pelvien, associée à des techniques de diversion en utilisant un exercice mental exigeant, comme le calcul, peut permettre de supprimer l'envie. La rééducation vésicale consiste également à augmenter progressivement le délai entre deux mictions, à raison de quelques minutes à la fois. Pour les patients présentant une incontinence fonctionnelle, particulièrement en raison d'un trouble neuro-cognitif majeur, la technique du rappel des mictions s'est montrée efficace. Celle-ci consiste à ce que l'aidant ou le soignant vérifie le besoin d'uriner de la personne et l'accompagne au besoin. Pour les patients avec des atteintes cognitives plus significatives et qui ne sont plus en mesure de préciser s'ils ont une envie d'uriner, un horaire mictionnel, idéalement basé sur un journal mictionnel afin d'anticiper les mictions, permettra d'éviter les incontinenances puisque les visites à la toilette auront eu lieu au préalable.

La SQG recommande une prise en charge interdisciplinaire de l'incontinence urinaire fonctionnelle ou multifactorielle afin de déterminer les meilleures approches non-pharmacologiques en ce qui a trait à l'horaire mictionnel et aux adaptations de l'environnement.



Interventions pharmacologiques

Déprescription

La révision de la liste des médicaments pris par le patient devrait être faite systématiquement. On s'attardera à certaines classes de médicaments en particulier. D'abord, les psychotropes peuvent engendrer des incontinenes, particulièrement de l'énurésie s'ils ont un effet sédatif. Une rationalisation des benzodiazépines et autres sédatifs pour l'insomnie, de même qu'une diminution d'autres molécules comme les antipsychotiques, si cela peut se faire de manière sécuritaire, peut permettre de réduire le nombre d'incontinenes. La médication cardiovasculaire peut aussi être mise en cause dans différents types d'incontinence : incontinence d'effort exacerbée par la toux secondaire à un IECA, nycturie et incontinence d'urgence par résorption d'œdème des membres inférieurs causés par l'amlodipine, urgences par augmentation de la production d'urine par des diurétiques. En général, ces médicaments sont nécessaires pour traiter les comorbidités du patient, mais on peut parfois substituer la molécule, diminuer les doses ou ajuster l'horaire pour diminuer les symptômes urinaires. On peut aussi revoir la médication qui risque de causer de la constipation et tenter de la substituer.

La SQG recommande qu'une revue de la médication soit faite afin d'ajuster les doses ou l'horaire des molécules qui entraîne de la sédation, de la toux ou une augmentation de la production d'urine.

Bactériurie asymptomatique et antibiotiques

Comme mentionné dans la section sur l'investigation, une analyse et une culture d'urine sont requises en présence d'hématurie ou de symptômes d'incontinence exacerbée. Cependant, en l'absence de ces caractéristiques cliniques, la présence de bactéries à l'analyse ou à la culture d'urine chez un patient présentant de l'incontinence urinaire chronique n'est probablement pas une cause de l'incontinence. Il faut alors considérer qu'il s'agit de bactériurie asymptomatique. Certains contextes cliniques, comme les patients avec des atteintes cognitives sévères, rendent l'évaluation encore plus complexe. Pour les patients en soins de longue durée, chez qui la bactériurie asymptomatique peut atteindre une prévalence de près de 50%, les critères modifiés de Loeb devraient être remplis pour considérer que l'incontinence urinaire s'inscrit dans un tableau d'infection urinaire. Une culture d'urine devra être faite s'il y a présence de dysurie ou



de 2 ou plus des critères suivants : fièvre ou augmentation de la température de base et douleur sus-pubienne, hématurie macroscopique, douleur au flanc, polyurie, urgenturie ou incontinence urinaire détériorée.

La SQG recommande de ne pas prescrire d'antibiotiques en cas de bactériurie asymptomatique et d'incontinence urinaire chronique, sans hématurie. Pour les patients en soins de longue durée, une culture d'urine devra être faite si les critères modifiés de Loeb sont rencontrés.

Atrophie vaginale

L'atrophie vaginale peut contribuer à augmenter l'urgenturie chez les femmes. Un traitement topique d'œstrogènes, en l'absence de contre-indications comme un antécédent de thromboembolie veineuse ou de néoplasie gynécologique, peut être utile. À noter cependant que l'hormonothérapie systémique comporte un risque d'augmenter l'incontinence urinaire.

La SQG recommande de traiter l'atrophie vaginale en présence d'urgenturie, en l'absence de contre-indication.

Hypertrophie de la prostate

L'hypertrophie de la prostate peut causer de l'incontinence en raison de rétention urinaire et peut aussi causer plusieurs symptômes incommodants, comme de la pollakiurie. Puisque l'étiologie peut en être bénigne ou maligne, une investigation appropriée est recommandée, mais le détail de celle-ci dépasse le cadre de la présente prise de position.

Agonistes bêta-3

Les agonistes bêta-3, qui permettent de diminuer les contractions musculaires du dôme de la vessie, sont relativement nouveaux sur le marché. Au Canada, la seule molécule disponible pour l'instant est le mirabegron. Le profil d'effet secondaire de ce médicament le rend plus sécuritaire pour la clientèle âgée qui souffre de vessie hyperactive, et donc d'incontinence urinaire d'urgence. Cependant, on devrait toute de même suivre une éventuelle augmentation



de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle. L'excrétion de cette médication étant rénale, la dose devra être ajustée en insuffisance rénale.

La SQG recommande l'utilisation de mirabegron chez les patients avec incontinence urinaire d'urgence causée par une vessie hyperactive. La dose de 25 mg devrait être tentée, puis une augmentation à 50 mg peut être faite si les symptômes ne sont pas suffisamment soulagés et que la fonction rénale le permet. Les effets secondaires principaux à surveiller sont la rétention urinaire, l'augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque.

Antimuscariniques

L'autre classe de molécules pouvant être utilisée pour réduire les symptômes associés à la vessie hyperactive est constituée des anti-muscariniques. Puisqu'ils sont anticholinergiques, ces médicaments posent des risques d'effets secondaires accrus en gériatrie. Les moins sélectifs, comme l'oxybutynine, peuvent donner des effets secondaires cognitifs. Les plus sélectifs aux récepteurs M2 et M3 donneront moins d'effets secondaires cognitifs, mais risquent tout de même d'engendrer de la xérostomie et de la constipation, notamment. Un seul antimuscarinique a été étudié chez la population âgée plus fragile : il s'agit de la fésotérodine. Il faut noter que tous les antimuscariniques figurent sur la liste de Beers et qu'il faut les utiliser avec grande prudence chez les patients gériatriques souffrant d'incontinence urinaire d'urgence.

La SQG recommande d'utiliser les antimuscariniques avec prudence chez les patients âgés. Les molécules plus sélectives peuvent être tentées pour diminuer les symptômes de vessie hyperactive. La fésotérodine peut être tentée chez les patients plus fragiles.

La SQG recommande de ne pas prescrire d'antimuscarinique chez les patients qui prennent un inhibiteur de l'acétylcholinestérase, en raison de leurs mécanismes d'action opposés.



La SQG recommande de ne pas utiliser d'agonistes bêta-3 ni d'antimuscarinique chez les patients souffrant exclusivement d'incontinence urinaire d'effort, par regorgement ou fonctionnelle.

CONCLUSION

Puisque l'incontinence urinaire n'est pas un phénomène attendu du vieillissement normal, elle mérite une évaluation structurée qui permet de déterminer le type d'incontinence. Des traitements efficaces existent pour réduire l'incontinence urinaire. En première intention, les traitements non-pharmacologiques, particulièrement la modification des habitudes de vie et la rééducation vésicale et des muscles du plancher pelvien en physiothérapie sont à recommander. En deuxième ligne, certains traitements pharmacologiques peuvent être tentés selon le type d'incontinence.



RÉFÉRENCES

- Thom D. **Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type.** *J Am Geriatr Soc.* 1998 Apr;46(4):473-80. doi: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb02469.x. PMID: 9560071.
- Johnson TM II et JG Ousland. **Incontinence.** Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, Sixth Edition. Chapter 59, pages 717-730. McGraw-Hill 2009.
- Brown JS, Bradley CS, Subak LL, Richter HE, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Vittinghoff E, Grady D; Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy) Research Group. **The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence.** *Ann Intern Med.* 2006 May 16;144(10):715-23. doi: 10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00005. PMID: 16702587; PMCID: PMC1557357.
- Corcos, J., Przydacz, M., Campeau, L., Witten, J., Hickling, D., Honeine, C., Radomski, S. B., Stothers, L., & Wagg, A. (2017). **CUA guideline on adult overactive bladder.** *Canadian Urological Association Journal*, 11(5), E142–73. <https://doi.org/10.5489/cuaj.4586>
- By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. **American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.** *J Am Geriatr Soc.* 2019 Apr;67(4):674-694. doi: 10.1111/jgs.15767. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30693946.
- Dubeau CE, Kraus SR, Griebing TL, Newman DK, Wyman JF, Johnson TM 2nd, Ouslander JG, Sun F, Gong J, Bavendam T. **Effect of fesoterodine in vulnerable elderly subjects with urgency incontinence: a double-blind, placebo controlled trial.** *J Urol.* 2014 Feb;191(2):395-404. doi: 10.1016/j.juro.2013.08.027. Epub 2013 Aug 21. PMID: 23973522.
- Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, Colgan R, DeMuri GP, Drekonja D, Eckert LO, Geerlings SE, Köves B, Hooton TM, Juthani-Mehta M, Knight SL, Saint S, Schaeffer AJ, Trautner B, Wullt B, Siemieniuk R. **Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America.** *Clin Infect Dis.* 2019 May 2;68(10):e83-e110. doi: 10.1093/cid/ciy1121. PMID: 30895288.
- Aly WW, Sweed HS, Mossad NA, Tolba MF. **Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence in Frail Elderly Females.** *J Aging Res.* 2020 Apr 27;2020:2425945. doi: 10.1155/2020/2425945. PMID: 32399294; PMCID: PMC7201653.
- Wolff DT, Adler KA, Weinstein CS, Weiss JP. **Managing Nocturia in Frail Older Adults.** *Drugs Aging.* 2021 Feb;38(2):95-109. doi: 10.1007/s40266-020-00815-5. Epub 2020 Nov 24. PMID: 33230803.s



International Continence Society. **ICS Standards 2019**. Volumes 1-2. Wiley. 2019.

Tomas Lindor Griebing (ed.) **Geriatric Urology**. 2014 10.1007/978-1-4614-9047-0 © Springer Science+Business Media New York 2014

Liens utiles :

Questionnaire 3IQ : <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00005>

Gibson W et A. Wagg. **Urinary Continence in the Frail Elderly**. CGS Journal of CME. Volume 5, issue 2, 2015.



Annexe 1

Exemple de journal mictionnel

Journal mictionnel			
Heure	Liquide consommé : type et quantité	Mictions	Incontinences : Volume et circonstances
0h			
1h			
2h			
3h			
4h			
5h		1	
6h			
7h	125 mL de café 250 mL de jus d'orange		
8h		2	1, serviette imbibée, en se rendant à la toilette
9h			
10h		1	
11h	250 mL d'eau	1	1, quelques gouttes, en faisant la vaisselle
12h	500 mL soupe		
13h		2	
14h			
15h			1, serviette imbibée, à l'épicerie
16h	125 mL de boisson gazeuse		
17h		2	
18h			
19h			



Journal mictionnel			
20h			
21h			
22h			
23h		1	1, serviette imbibée, éveillée par envie pressante