

INCONTINENCE DES SENIORS

INCONTINENCE URINAIRE ET INCONTINENCE ANALE

CIAPA 14 avril 2011

Traitements des incontinences

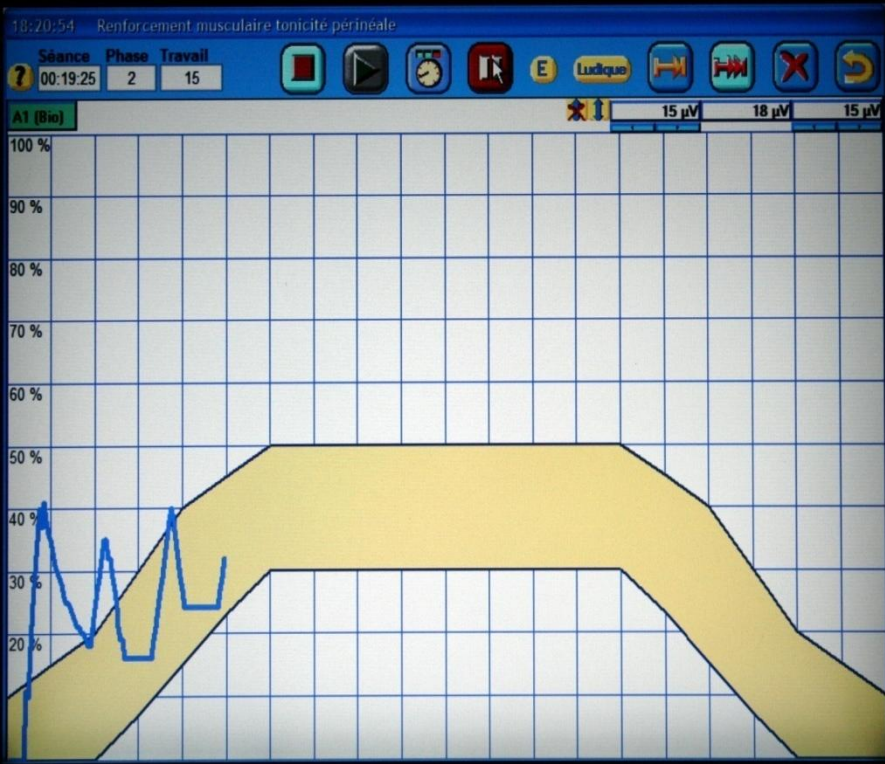
➤ I.U.E

Pas de médicament sauf une aide avec des hormones pour améliorer la trophicité musculaire

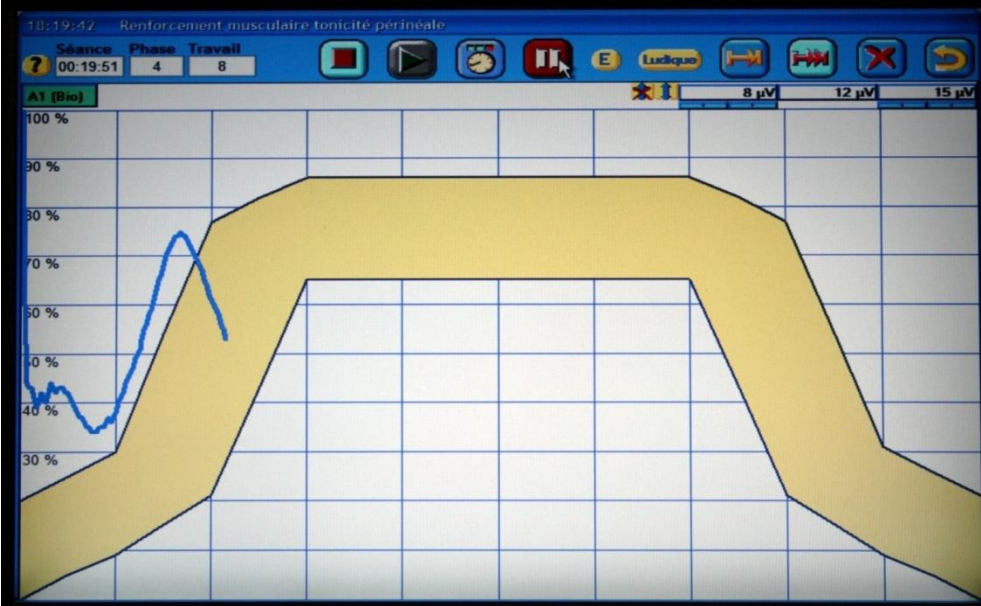
① la rééducation : en première intention

▶ En priorité le Bio Feed back

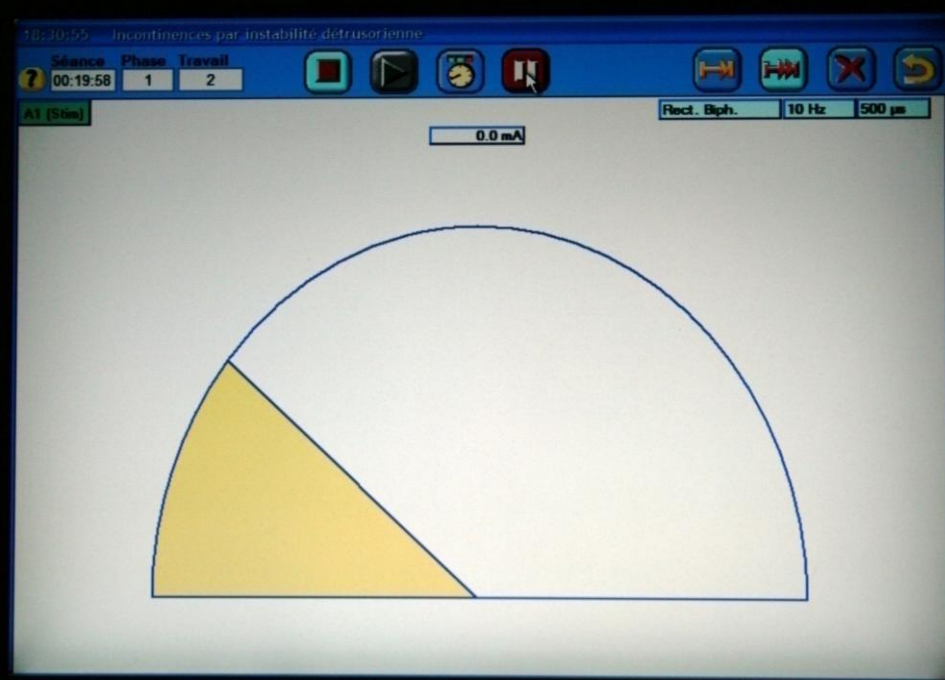
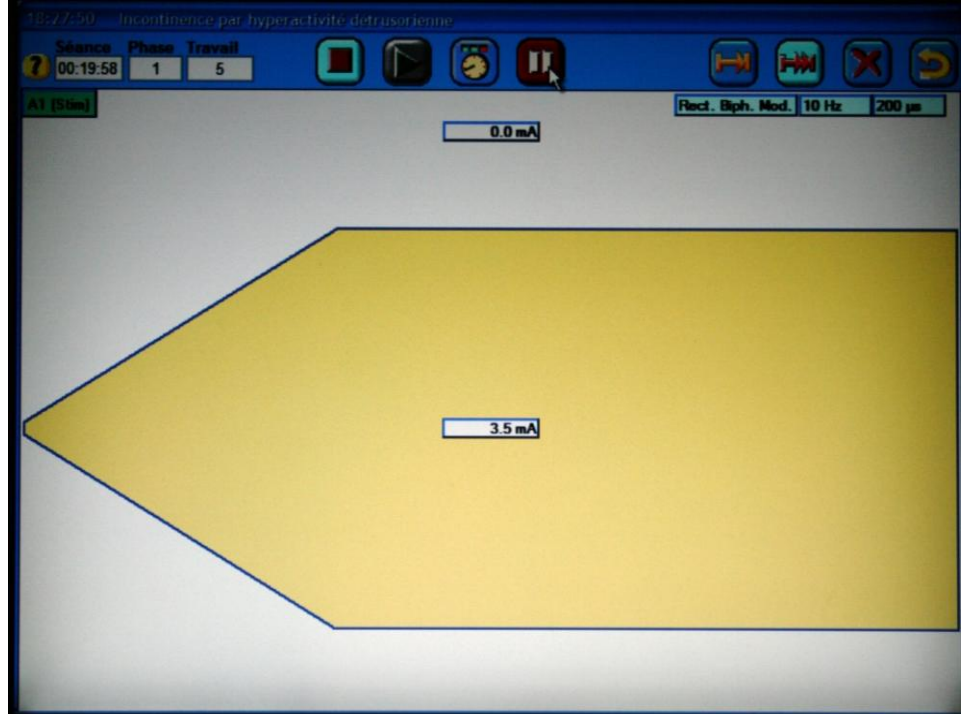




◀ Bio feed back



▶ Electrostimulation



② La chirurgie :

NB: Nécessité d'un BUD avant toute chirurgie

▶ Les bandelettes :

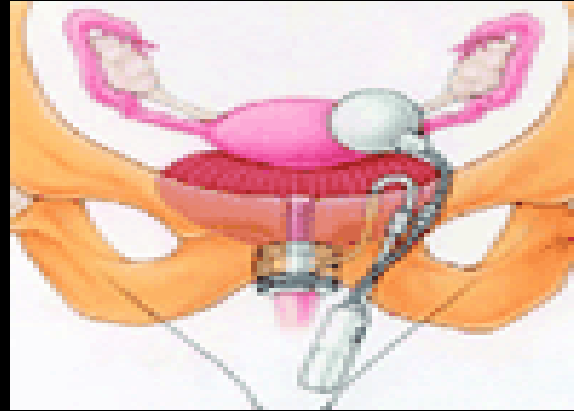


▶ Les injections péri-urétrales



implant
injec-tu-ile

▶ Le sphincter artificiel :



▶ Les ballons ACT (Adjustubale Contenance Thérapie) :



➤ I.U. par impériosité :

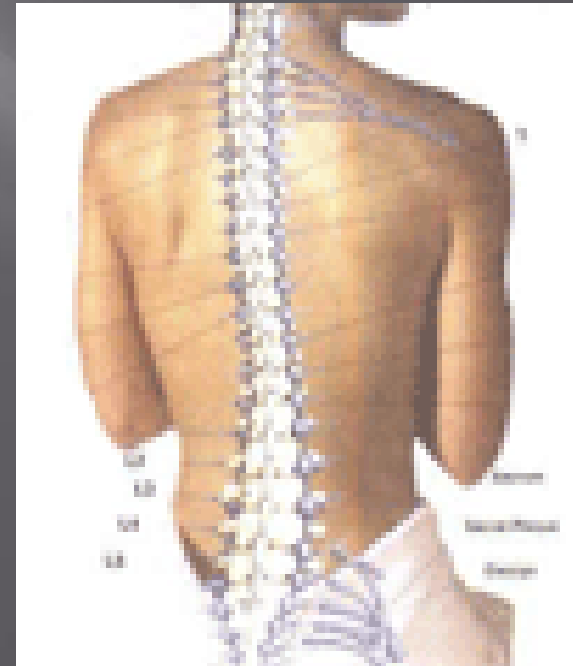
① Les médicaments : anticholinergiques

② La rééducation :

→ apprentissage du contrôle vésical par BFB

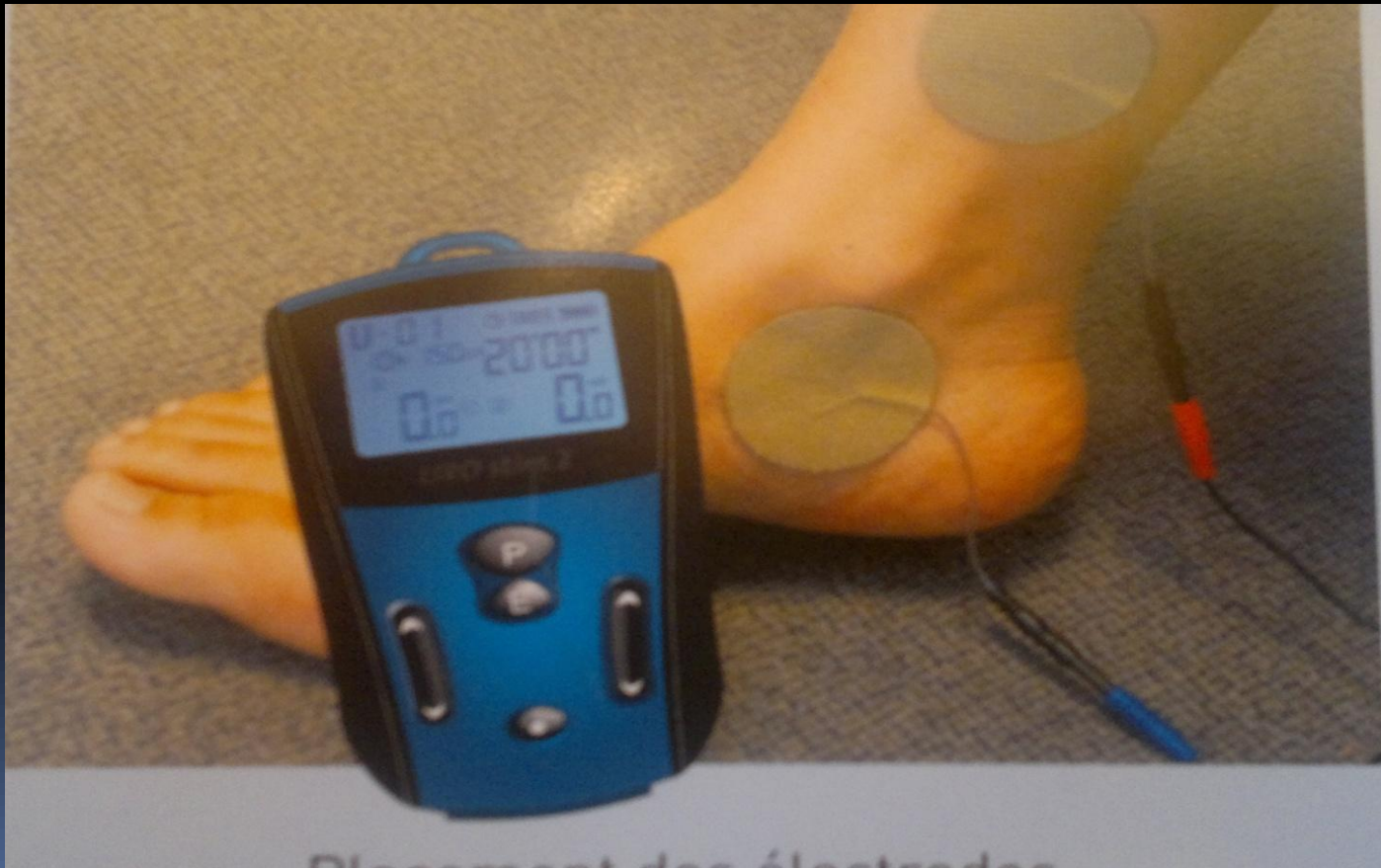
→ électrostimulation basse Hz

③ La chirurgie : neuromodulation sacrée :



④ Injection de toxine botulinique (Botox)

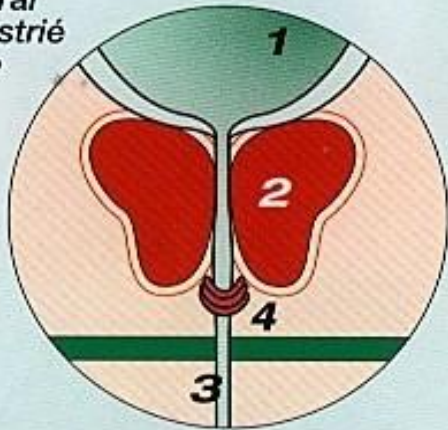
⑤ Neurostimulation Tibiale postérieure



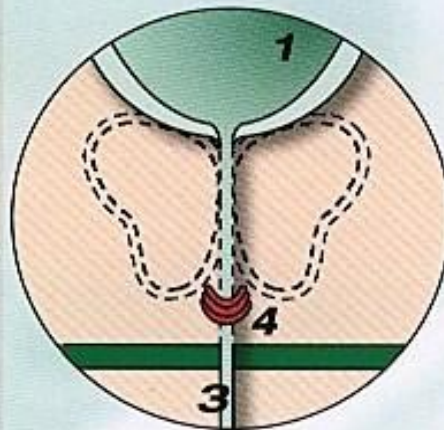
Incontinence urinaire chez l'homme

- ▶ IUE : suite à chirurgie
 - adénomectomie
 - cancer de vessie
 - prostatectomie radicale :

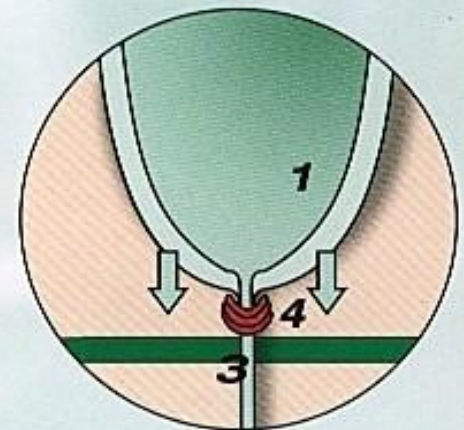
1 vessie
2 prostate
3 canal urétral
4 sphincter strié de l'urètre



Avant l'opération

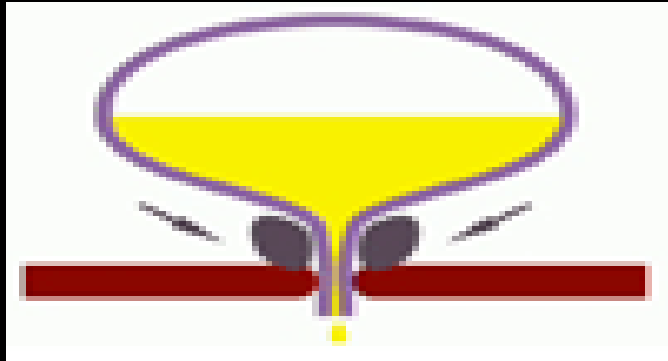


Pendant l'opération



Après l'opération

▶ I.U. par regorgement: suite à obstacle prostatique



▶ I.U par hyper activité vésicale :

- suite obstacle (vessie de lutte)
- suite à chirurgie
- maladie neurologique
- idiopathique

Traitements

- ▶ idem que chez la femme
- ▶ Particularité de la PTR : intérêts du bio feed back

Incontinence anale

Prévalence : 10% de la population , au gaz et/ou selles , dont 25 à 30% liés à IUE.
9 fois plus chez femme que chez homme

- I.A passive: fuites des selles sans que le patient en soit conscient
- I.A motrices: le patient a conscience du besoin de déféquer mais ne peut empêcher l'émission des selles.

- Principales origines de l'I.A

- ▶ Manque de consistance des selles : colon irritable, excès de laxatifs,...
- ▶ Diminution de la compliance rectale : tumeur rectum, résection basse,...
- ▶ Diminution de la sensibilité rectale : SEP, AVC, Fécalome, médicaments,...
- ▶ Lésions du sphincter anal: chirurgie, fissures, fistules, neuropathie pudendal

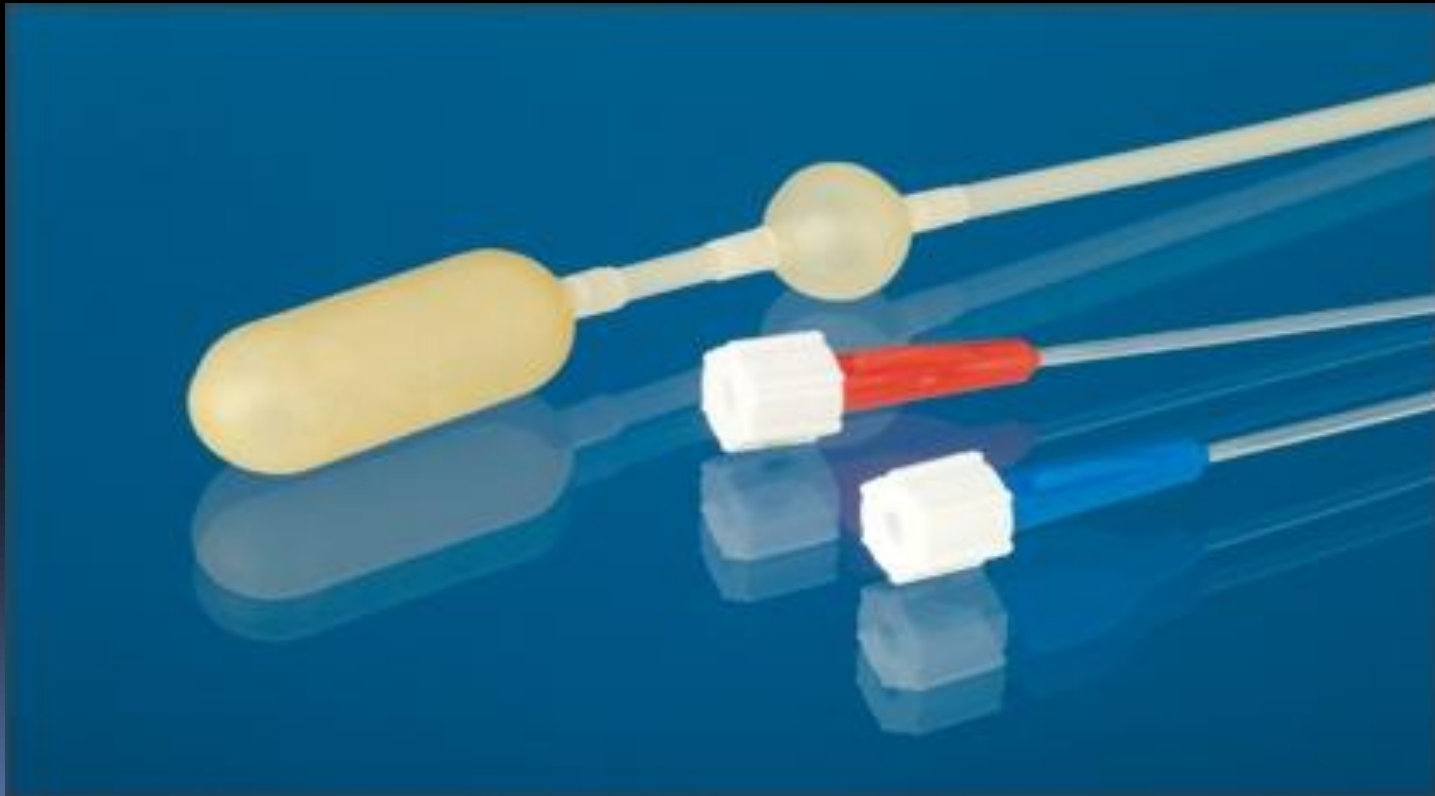
– Bilans et examens

- ▶ Interrogatoire: hz I.A, nature des selles, contrôle ou non des gaz, perte ou non de selles, souillures des vêtements,
- ▶ Examens cliniques:
 - T.R., Testing périnéal musculaire et neurologique, vérification des prolapsus(hémorroïdes, anus, rectum, utérus,...
- ▶ Evaluation de l' I.A : utilisation de scores (Pescatori)
 - type d' I.A, hz, nombre protections, vie sociale.
- ▶ Imagerie médicale:
 - Echo. Endo- anale
 - Défécographie
- ▶ Manométrie ano-rectale
- ▶ Electrophysiologie

– Traitements de L' I.A: traitement de choix

① La rééducation :

- Si le l' I.A est d'origine musculaire: BFB avec sonde électromyographique
- Si l'I.A provient d'un manque de sensibilité: W avec sonde manométrique



② La chirurgie :

- Cure de rectocèle
- Myoraphie du sphincter anal
- Sphincter artificiel

③ Neuro modulation: idem uro

④ Neuro stimulation: idem uro.