

Prise en charge de l'incontinence urinaire en H.d.J.



L'INCONTINENCE URINAIRE

Fréquente, véritable problème gériatrique

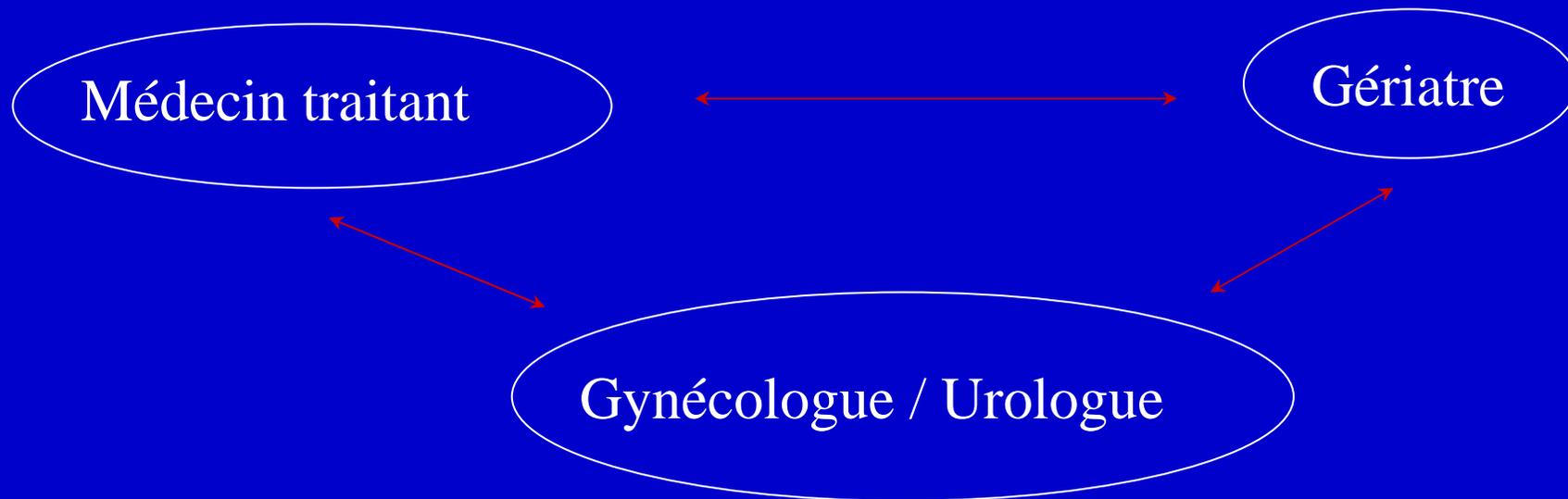
Il est important de la rechercher : Sujet le plus souvent tabou
Symptômes minimisés
Vécue comme une fatalité

Lourd retentissement dans la vie quotidienne, sur la qualité de vie :

Renoncement aux activités physiques
associatives

Problèmes d'hygiène : macération, mycoses, infections urinaires
gestion des protections
gestion du linge souillé
(charge de travail supplémentaire pour l'aidant)

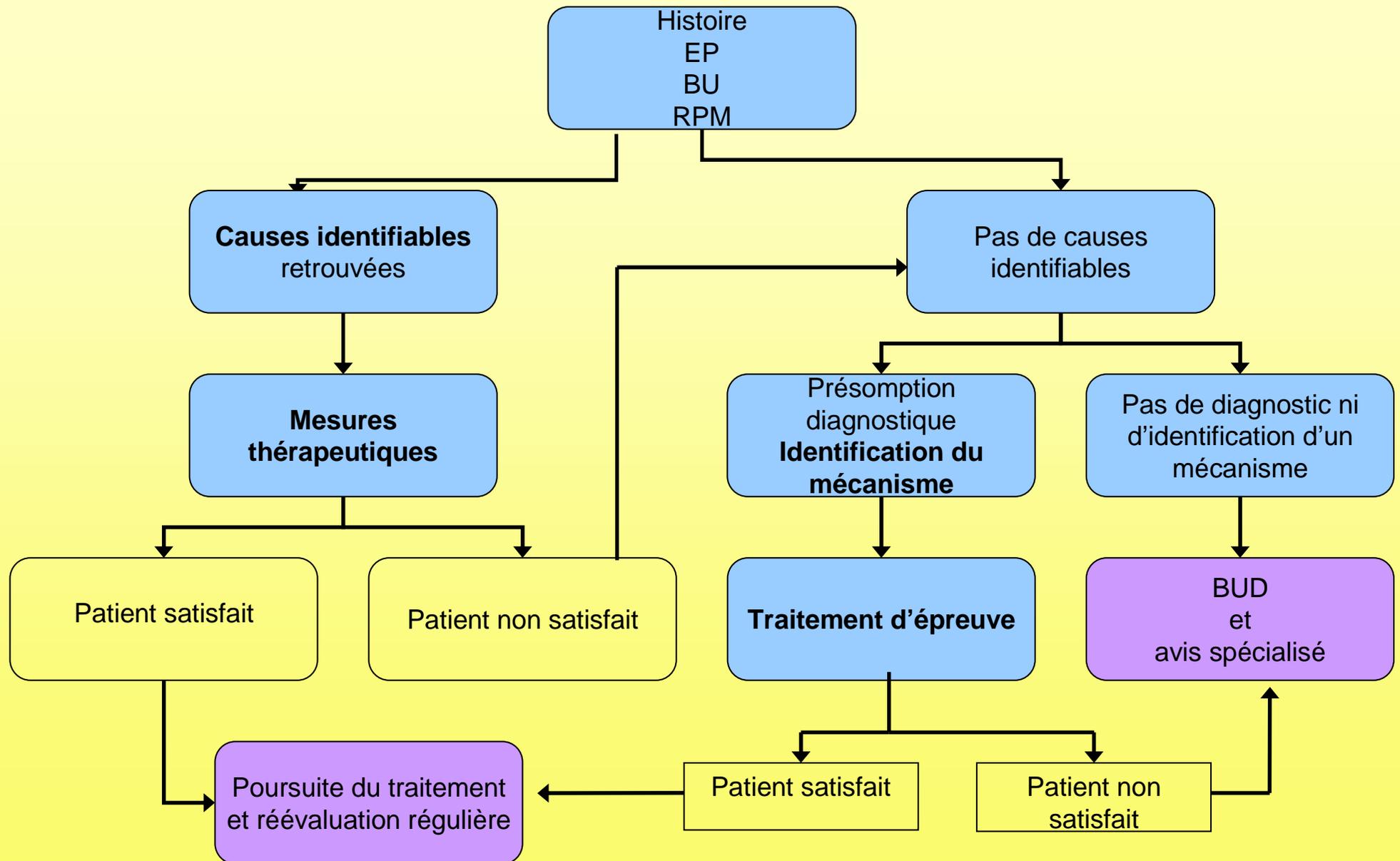
***QUELLE PRISE EN CHARGE ?
PAR QUI ?***



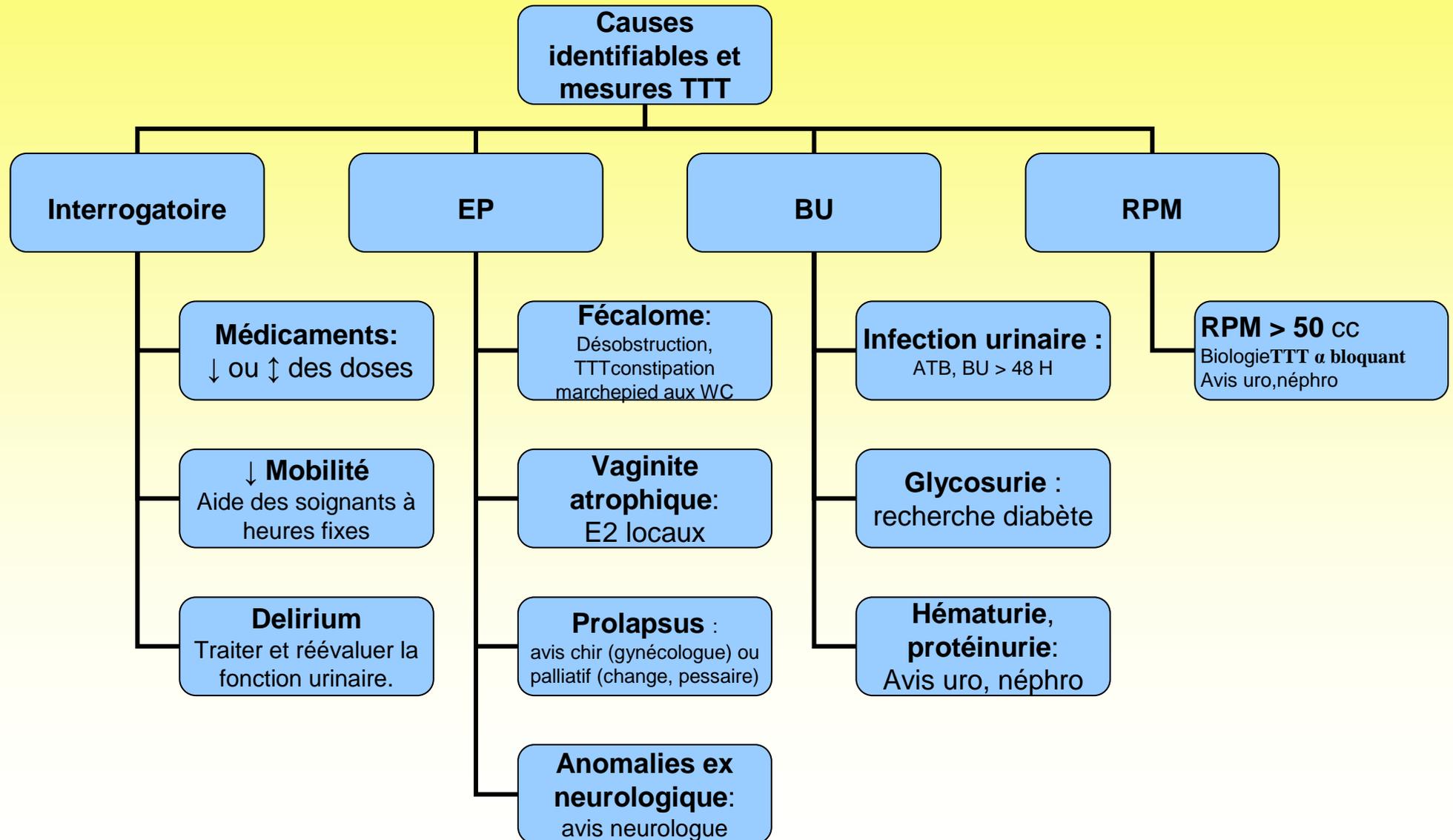
***CETTE PATHOLOGIE D'ORIGINE PLURI-FACTORIELLE
NE BENEFCIE PAS, BIEN SOUVENT,
D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET EFFICACE***

HDJ = Lieu propice

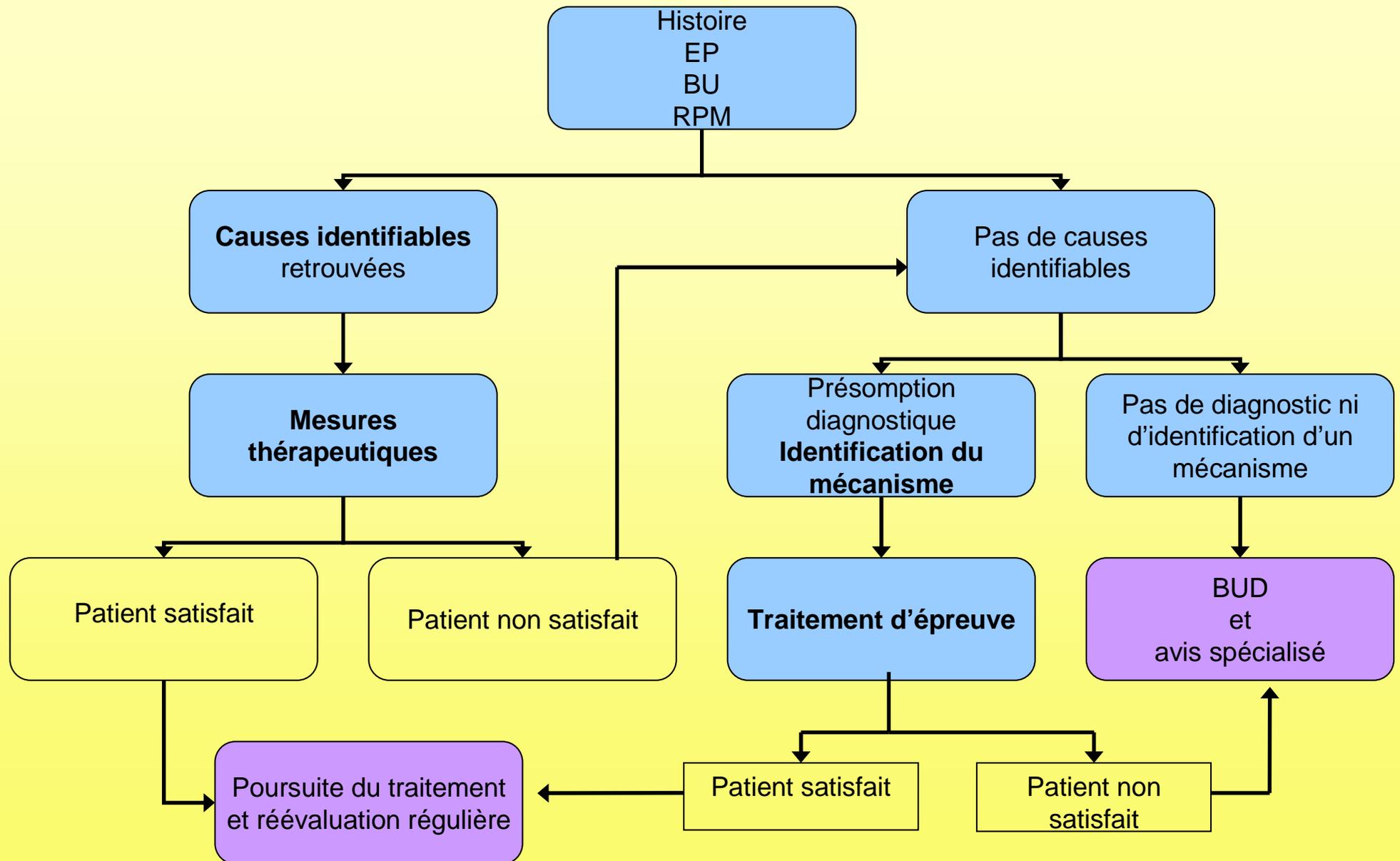
Arbre décisionnel de prise en charge médicale de l'IU



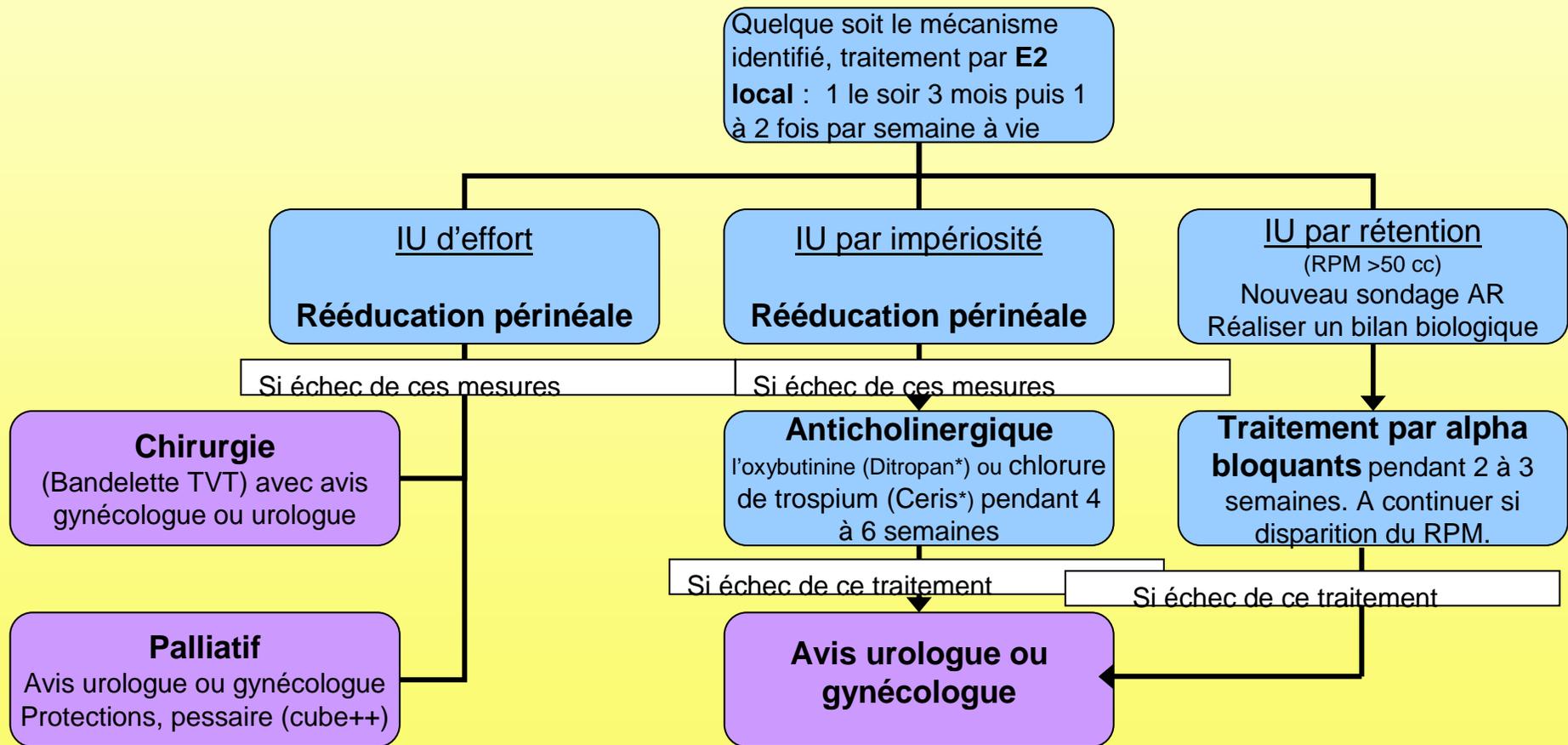
Organigramme des mesures thérapeutiques (TTT) en fonction des causes identifiables



Arbre décisionnel de prise en charge médicale de l'IU



Arbre décisionnel des TTT d'épreuve en fonction des mécanismes



CAS CLINIQUE N°1

*Mme A, 84 ans, adressée en consultation de gériatrie
pour troubles de l'équilibre*

- ATCD Médicaux : cardiopathie hypertensive,
maladie de l'oreille (stimulateur cardiaque)
- Chirurgicaux : fracture cheville droite (2003)
cataracte bilatérale (2005)
- Obstétricaux : 14 grossesses (dont des jumeaux prématurés dcd J1)
- TTT : Lasilix 20mg/jr, Ténormine 100 mg/jr, Coversyl 4 mg/jr,
Vasten 20 mg/jr, Paracétamol 500 x 6 /jr, Préviscan
Voltarène émulsion.
- Mode de vie : Seule en appartement au rez-de-chaussée
Aide-ménagère : 1 heure/jr, 5 jours/7
Télé-alarme

EXAMEN CLINIQUE (1)

Obésité

Pas d'altération cognitive, ni thymique,

Patiente dynamique, et plutôt satisfaite de sa qualité de vie

Cardio-pulmonaire : Dyspnée d'effort
 Bdc irréguliers (80 bpm)
 Sensations vertigineuses aux changements de position
 probable hypotension orthostatique
 Insuffisance veineuse superficielle (pas de bas de contention)

Examen neurologique normal

EXAMEN CLINIQUE (2)

Locomoteur : Polyarthrose (genoux, épaule gauche, cervical)
Marche avec 2 cannes anglaises
Hallux valgus gauche
Appui monopodal impossible
Pas de chute récente (dernière en 2004)

Tendance à la constipation

Incontinence urinaire occasionnelle : pollakiurie diurne et nocturne,
impériosité depuis 2 ans, attribuée au Lasilix

Sensoriel : discrète hypoaccousie
diminution acuité visuelle (suivi annuel)

CONCLUSION de L'EVALUATION

Troubles de la posture et de l'équilibre multi-factoriels

FACTEURS FAVORISANTS :

troubles visuels, hypoaccousie,
altération de la sensibilité proprioceptive
(polyarthrose, séquelles fracture de cheville, hallux valgus,
insuffisance veineuse, dyspnée d'effort)

FACTEURS PRECIPITANTS :

Hypotension orthostatique iatrogène
Incontinence urinaire avec impériosité

HDJ gériatrique

- Intervenants:
 - IDE
 - Kinésithérapeute
 - Médecin

Évaluation de la fonction urinaire des femmes âgées en HDJ gériatrique du CHU de Rennes (2)

Outils: bandelette urinaire, bilan biologique (fonction rénale), échographe portable pour mesure du RPM, dossier IU standardisé (échelles validées en urologie (MHU, DITROVIE))

Professionnels de santé: un médecin, une IDE, une kinésithérapeute: 1 journée par semaine

- IDE: BU, IADL, ADL, RPM par sondage aller-retour si pas d'échographe, bilan biologique standard
- Kiné: testing, évaluation de la faisabilité de rééducation ultérieure, motivation, conseils
- Médecin: interrogatoire, examen, conduite à tenir

Rôle de l'IDE

- Bilan biologique sanguin et urinaire
- Recherche d'hypotension orthostatique
- Pesée
- ECG

Habitudes de vie de Me A

Entretien avec la patiente et la famille

- Sur son environnement
- Son entourage familial et social
- Ses activités et ses loisirs
- Les soins d'hygiène
- Les fonctions d'élimination
- L'alimentation
- Sur la mobilité
- Recherche de troubles sensoriels
- Evaluation comportementale

PROPOSITIONS

Réajustement thérapeutique à visée cardiaque après avis spécialisé
(hypotension, incontinence accentuée par Lasilix)

Port de bas de contention

Sécurisation de la marche avec un Rollator?

Montauban dans la chambre?

Traitement de la constipation

Evaluation de l'incontinence urinaire en Hôpital de jour gériatrique
(Dr Aude THEAUDIN)

Rôle du kinésithérapeute

~~Diagnostic~~

~~Rééducation~~

- Bilan incontinence urinaire
- Testing global muscles du périnée
- Faisabilité d'une rééducation
- Conseils

Etiquette

Nom kinésithérapeute :

Date :

Bilan incontinence urinaire

Autonomie

Compréhension

Evaluation de la gêne

Circonstances de survenue

Facteurs favorisants

Envie d'uriner à chaque miction ?

Urgence mictionnelle ?

Enurésie oui non

Prolapsus oui non

Rééducation oui non

Opération oui non

Testing muscles du périnée

Histoire :

Conseils donnés

.

Exercices à effectuer conseillés

Rééducation périnéale possible oui non

Rééducation périnéale souhaitée par la patiente oui non

Testing du périnée

0 ➔ aucune contraction

1 ➔ frémissement

2 ➔ contraction faible

3 ➔ contraction modérée insuffisante pour être contrariée

4 ➔ contraction forte mais opposition faible

5 ➔ contraction forte, résistant à une opposition forte

La rééducation est-elle possible ?

La rééducation est-elle souhaitée ?

Conseils donnés

Effectuer des contractions avant un effort , avant de tousser

Auto-rééducation

Avoir une bonne position aux toilettes

Eviter de pousser sur son périnée

Motiver les patientes

Bon sens

Pas de fatalité

Amélioration qualité de vie

Présentation du dossier IU de l'HDJ (1)

C1 (consultation initiale d'évaluation de la fonction urinaire)

Mme A.A

Date **15/05/06**

Age: **84**

Obésité _ oui **non**

BMI=35kg/m²

Grossesse: **14**

Parité: 15

Extraction instrumentale _ **oui** _ non

Ménopausée à **45** ans

THS _ oui _ **non**

Antécédents (facteur de risque)

Chirurgicaux abdomino-pelviens

Césarienne _ oui _ **non**

Hystérectomie _ oui _ **non**

Chirurgie de prolapsus _ oui _ **non**

_ Totale _ subtotale

Année___

Chirurgie d'IUE _ oui _ **non**

_ Burch _ TVT _ TOT _ Autre:

Année___

Chirurgie récente _ oui _ **non**

ATCD de pathologie cérébrale _ oui _ **non**

Lesquelles:

Activité physique intense _ oui _ **non**

Lesquelles:

Enurésie dans l'enfance _ oui _ **non**

TTT médicaux introduits récemment (< 3 mois) _ oui _ **non**

Lesquels:

Lasilix20, Previscan, Ténormine 100, Coversyl 4, Vasten, Normacol sachet

Présentation du dossier IU de l'HDJ (2)

C1 (consultation initiale d'évaluation de la fonction urinaire)

Facteurs aggravants

Diabète _ oui _ **non** type:

Insuffisance cardiaque congestive _ oui _ **non**

Insuffisance veineuse _ **oui** _ non

Constipation _ **oui** _ non Fréquence: __ nbre/semaine **efforts de poussées abdominales**

Toux chronique _ oui _ **non** Cause:

Réduction de mobilité _ **oui** _ non Laquelle:

liée à une pathologie organique _ **oui** _ non Laquelle: **Polyarthrose, insuff veineuse, AOMI, Dyspnée d'effort, trouble de la statique**

liée à une pathologie psychique Dépression _ oui _ **non**
Syndrome confusionnel _ oui _ non

Trouble cognitif _ oui _ **non** MMS___/30

Apport hydrique: $\frac{3}{4}$ l/j **Hépar, chocolat le matin + 1 jus de fruit, soupe le soir**

Histoire des troubles urinaires:

Depuis plus de 2 ans, apparition de PKN+D avec fuites gênantes surtout le matin. D'ailleurs, elle arrête volontiers son Lasilix quand elle sait qu'elle doit sortir de chez elle.

Présentation du dossier IU de l'HDJ (3)

C1 (consultation initiale d'évaluation de la fonction urinaire)

Appareil urinaire

Infections urinaires _ oui _ **non** Fréquence: ___ Nb/an
Rapports sexuels _ oui _ **non** _ normaux _ dyspareunie _ sécheresse vaginale
Testing des releveurs **3** /5 Sensibilité périnéale +
Testing anal **4** /5 Fécalome _ oui _ **non**
Paroi vaginale _ **atrophique** _ trophicité moyenne _ bonne trophicité
Prolapsus _ **oui** _ non **cystocoèle, cervicoptose**
Fuites urinaires à la toux _ oui _ **non** Manœuvre de Bonney _ positive _ négative
BU Résultats: - ECBU _ non _ oui Résultats: _____
RPM _ **non** _ oui: _____ cc
Bilan rénal Clairance de cockroft: _____ ml/mn
Score MHU Impériosité **7**/8 Pollakiurie **4**/8 IU d'effort **2**/4 Dysurie **0**/4
Score Ditrovie **2.4**/5 avec 1 item non rempli

Echelle MHU: mesure quantitative des différents symptômes urinaires

ECHELLE MHU

: mesure quantitative des différents symptômes urinaires

	0	1	2	3	4	score
Impériosité mictionnelle	Absente	Délat de sécurité entre 10 et 15 mns ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	Délat de sécurité entre 5 et 10 mns	Délat de sécurité entre 2 et 5 mns OUI	Délat de sécurité entre < 2 mns	Score impériosité fuite = 7
Fuite urinaire par impériosité	Absente	Moins d'une fois/mois	Plusieurs fois/mois	Plusieurs fois/semaine	Plusieurs fois/jou OUI	
Fréquence mictionnelle diurne	Intervalle mictionnel > 2 h	Intervalle mictionnel de 1h30 à 2 h	Intervalle mictionnel de 1 h OUI	Intervalle mictionnel de 1/2 h	Intervalle mictionnel < 1/2 h	Score pollakiurie = 4
Fréquence mictionnelle nocturne	0 ou 1 miction/nuit	2 mictions/nuit	3 à 4 mictions/nuit OUI	5 à 6 mictions/nuit	> 6 mictions/nuit	
Incontinence urinaire à l'effort	Absente	Efforts violents (sport, course)	Efforts moyens (quintes de toux éternuement, soulèvement, rire) OUI	Efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement, mouvement brusque)	Au moindre changement de position	Score fuite à l'effort = 2
Autre incontinence	0	En gouttes post-miction Enurésie (>1/mois)	Paroxysmes émotionnels Enurésie (>1/semaine)	Enurésie (plusiers/sem)	Fuites permanentes Enurésie (1/jour)	Score autre = 0
Dysurie rétention	0	Dysurie d'attente, ou terminale	Poussées abdominales Jet haché	Poussées manuelles Miction prolongée, sensation de résidu	Cathétérisme	Score dysurie = 0

Présentation du dossier IU de l'HDJ (3)

C1 (consultation initiale d'évaluation de la fonction urinaire)

Appareil urinaire

Infections urinaires _ oui _ **non** Fréquence: ___ Nb/an
Rapports sexuels _ oui _ **non** _ normaux _ dyspareunie _ sécheresse vaginale
Testing des releveurs **3** /5 Sensibilité périnéale +
Testing anal **4** /5 Fécalome _ oui _ **non**
Paroi vaginale _ **atrophique** _ trophicité moyenne _ bonne trophicité
Prolapsus _ **oui** _ non **cystocoèle, cervicoptose**
Fuites urinaires à la toux _ oui _ **non** Manœuvre de Bonney _ positive _ négative
BU Résultats: - ECBU _ non _ oui Résultats: _____
RPM _ **non** _ oui: _____ cc
Bilan rénal Clairance de cockroft: _____ ml/mn
Score MHU Impériosité **7**/8 Pollakiurie **4**/8 IU d'effort **2**/4 Dysurie **0**/4
Score Ditrovie **2.4**/5 avec 1 item non rempli

Présentation du dossier IU de l'HDJ (4)

C1 (consultation initiale d'évaluation de la fonction urinaire)

Mme A.A

Conduite à tenir

Type d'incontinence urinaire: **IU mixte effort et impériosités prédominantes**

Apprentissage de l'autorééducation faite en C _ non _ **oui**

Prescription: Rééducation périnéale _ non _ **oui**: nombre de séances: **10**

E2 locaux _ non _ **oui**: Lequel **Colpotrophine 1/j**

Anticholinergique _ non _ **oui** Lequel: **Céris 1/j le soir**

Alpha-bloquants _ **non** _ oui Lequel: _____

Proposition de changement de TTT habituel _ **non** _ oui Lesquels: _____

Autres: **symptômes ne sont pas dus qu'au Lasilix**

Présentation du dossier IU de l'HDJ (5)

Cs (consultation de suivi de l'IU à 6 semaines)

Date: 03/07/06

Mme A.A

Propositions thérapeutiques suivies: **oui** non Pourquoi?: **7 séances, le reste en cours, prise du Cériss le matin**

Quelles difficultés rencontrées: **Aucune, a mis un montauban près de son lit**

Effets secondaires (en cas de TTT médicamenteux): **Sécheresse buccale peu imp, constipation diminuée**

Appareil urinaire

Infection urinaire de novo oui **non**

Testing des releveurs **3+** /5 **tenue plus de 3 s** Testing anal **4**/5

Score MHU Impériosité **4**/8 Pollakiurie 1/8 IU d'effort **1**/4 Dysurie **0**/4

Score Ditrovie **1.2**/5

Réévaluation du RPM **non** oui: ___ cc

Satisfaction globale de la patiente

La patiente est **très satisfaite** satisfaite non satisfaite

Conduite à tenir

Poursuite du E2 local à 2 ovules/sem et Cériss à 1/j, à revoir dans 1 an

Echelle MHU: mesure quantitative des différents symptômes urinaires

ECHELLE MHU : mesure quantitative des différents symptômes urinaires

	0	1	2	3	4	score
Impériosité mictionnelle	Absente	OUI Délai de sécurité entre 10 et 15 mns ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	Délai de sécurité entre 5 et 10 mns	Délai de sécurité entre 2 et 5 mns	Délai de sécurité entre < 2 mns	Score impériosité fuite = 4
Fuite urinaire par impériosité	Absente	Moins d'une fois/mois	Plusieurs fois/mois	Plusieurs fois/semaine OUI	Plusieurs fois/jour	
Fréquence mictionnelle diurne	Intervalle mictionnel > 2 h OUI	Intervalle mictionnel de 1h30 à 2 h	Intervalle mictionnel de 1 h	Intervalle mictionnel de 1/2 h	Intervalle mictionnel < 1/2 h	Score pollakiurie = 1
Fréquence mictionnelle nocturne	0 ou 1 miction/nuit	2 mictions/nuit OUI	3 à 4 mictions/nuit	5 à 6 mictions/nuit	> 6 mictions/nuit	
Incontinence urinaire à l'effort	Absente	Efforts violents (sport, course) OUI	Efforts moyens (quintes de toux éternuement, soulèvement, rire)	Efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement, mouvement brusque)	Au moindre changement de position	Score fuite à l'effort = 1
Autre incontinence	0	En gouttes post-miction Enurésie (>1/mois)	Paroxysmes émotionnels Enurésie (>1/semaine)	Enurésie (plusieurs/sem)	Fuites permanentes Enurésie (1/jour)	Score autre = 0
Dysurie rétention	0	Dysurie d'attente, ou terminale	Poussées abdominales Jet haché	Poussées manuelles Miction prolongée, sensation de résidu	Cathétérisme	Score dysurie = 0

Présentation du dossier IU de l'HDJ (5)

Cs (consultation de suivi de l'IU à 6 semaines)

Date: 03/07/06

Mme A.A

Propositions thérapeutiques suivies: **oui** non Pourquoi?: **7 séances, le reste en cours, prise du Cériss le matin**

Quelles difficultés rencontrées: **Aucune, a mis un montauban près de son lit**

Effets secondaires (en cas de TTT médicamenteux): **Sécheresse buccale peu imp, constipation diminuée**

Appareil urinaire

Infection urinaire de novo oui **non**

Testing des releveurs **3+** /5 **tenue plus de 3 s** Testing anal **4**/5

Score MHU Impériosité **4**/8 Pollakiurie 1/8 IU d'effort **1**/4 Dysurie **0**/4

Score Ditrovie **1.2**/5

Réévaluation du RPM **non** oui: cc

Satisfaction globale de la patiente

La patiente est **très satisfaite** satisfaite non satisfaite

Conduite à tenir

Poursuite du E2 local à 2 ovules/sem et Cériss à 1/j, à revoir dans 1 an

CAS CLINIQUE N°2: PARCOURS Mme P, 84 ans

Juin 2004 : 1ère consultation gériatrique pour troubles cognitifs

Juillet 2004 : bilan à l'hôpital de jour gériatrique
(neuropsychologue, diététicienne, ergothérapeute, assistante sociale, médecin)

Diagnostic retenu = MCI

Contexte anxieux

Evocation d'une incontinence urinaire occasionnelle avec pollakiurie et impériosité,
(Aucun retentissement sur la vie quotidienne = pas de prise en charge)

Mars 2005 : consultation de suivi dans le cadre d'un MCI

Incontinence urinaire de nouveau évoquée = proposition de bilan
uro-dynamique si gêne persistante

Mars 2006 : consultation de synthèse après bilan en HdJ (IDE, neuropsychy, ergo)

Diagnostic : Alzheimer probable

Traitement anticholinestérasique

Incontinence urinaire + 1 épisode infectieux = Cs Dr A. THEAUDIN (juin 2006)

Remise de l'auto-questionnaire

A qui?

Toutes les femmes sauf....

Celles que l'on juge en incapacité de répondre

Comment?

- Avec discrétion,

Quand la patiente est seule ou avec une de ses filles

En lui proposant de l'aide si elle a des difficultés pour le remplir
(vue, écriture, compréhension)

Auto questionnaire : évaluation de votre fonction urinaire

Madame, nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire qui est proposé systématiquement à toutes les femmes. Il va permettre d'évaluer votre fonction urinaire et de dépister des troubles urinaires éventuels. Merci de le remettre à l'infirmière qui pourra vous aider à le remplir.

Date:

Nom :

Prénom :

Âge :

Mettre une croix sur la ou les bonne(s) réponse(s)

1. **Avez-vous des fuites urinaires ?** (vous arrive-t-il de perdre vos urines ?) ? oui ? non
2. **Avez-vous des envies pressantes d'uriner ?** ? oui ? non
3. **Urinez-vous souvent la nuit ?** ? oui ? non
4. **Urinez-vous souvent le jour (moins de toutes les 2 heures)?** ? oui ? non
5. **Avez-vous des pertes d'urines lors d'efforts ?** ? oui ? non
6. **Portez-vous des protections même occasionnellement?** ? oui ? non
7. **Devez-vous pousser parfois pour uriner?** ? oui ? non

Résultat :

- Si vous n'avez répondu que des non à ce questionnaire, vous n'avez pas de troubles urinaires et vous n'avez à répondre à aucune des autres questions. Un grand merci pour votre participation.
- Si vous avez coché au moins 1 oui à ce questionnaire, vous présentez des troubles urinaires pour lesquels une prise en charge spécifique est possible. Une brochure d'information est disponible auprès des infirmières. Une consultation spécialisée sur l'incontinence urinaire existe dans cet hôpital de jour. Vous pourrez en reparler avec le médecin lors de la consultation de synthèse.

Veillez répondre aux questions suivantes relatives au retentissement sur votre vie quotidienne :

Est-ce que ces symptômes vous gênent dans votre vie quotidienne ? ? oui ? non

Comment estimez-vous votre qualité de vie compte tenu de vos troubles urinaires ?

Satisfaisante	Supportable	Mauvaise
---------------	-------------	----------

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Le questionnaire rempli est mis dans
le dossier médical

CAS CLINIQUE N°2

*Mme P, 84 ans, suivie en consultation de gérontologie depuis juin 2004
pour une maladie d'Alzheimer débutante*

ATCD Médicaux : cardiopathie ischémique stable
arthrose invalidante
hypercholestérolémie

Chirurgicaux : fracture ost osynth s e des 2 cols fémoraux (94 et 97)

Obstétricaux : 8 grossesses

TTT : Diafusor 5 mg, Acébutolol 200 mg, Kardégic 160 mg, Zocor 20
Topalgic LP 100 mg, Orocal D3, Fosamax, Aricept 10 mg
Zolpidem 10 mg.

Mode de vie : Domicile avec son époux
Aide-ménagère : 3 heures 30 / 15 jours
Autonome pour les activités de la vie quotidienne et instrumentales

Présentation du dossier IU de l'HDJ (1)

C1 (consultation initiale d'évaluation de la fonction urinaire)

Mme P A

Date **20/06/06**

Age **84**

Obésité oui non BMI=**21** kg/m²

Grossesse **8** Parité **7**

Extraction instrumentale oui non

Ménopausée à **52** ans

THS oui non

Antécédents (facteur de risque)

Chirurgicaux abdomino-pelviens

Césarienne oui non

Hystérectomie oui non

Chirurgie de prolapsus oui non

Totale subtotale Année ___

Chirurgie d'IUE oui non

Burch TVT TOT Autre: Année ___

Chirurgie récente oui non

ATCD de pathologie cérébrale oui non

Lesquelles: **DTA**

Activité physique intense oui non

Lesquelles:

Enurésie dans l'enfance oui non

TTT médicaux introduits récemment (< 3 mois) oui non Lesquels: **Aricept 5 en 03/06 et 10 depuis 04**

Diafusor, Kardégic, Zocor, Acébutolol 200, TopalgicLP 100 1/soir, Fosamax, Orocal, Zolpidem

Présentation du dossier IU de l'HDJ (2)

C1 (consultation initiale d'évaluation de la fonction urinaire)

Mme P A

Facteurs aggravants

Diabète _ oui _ **non** type:

Insuffisance cardiaque congestive _ **oui** _ non

Insuffisance veineuse _ **oui** _ non

Constipation _ oui _ **non** Fréquence: __ nbre/semaine

Toux chronique _ oui _ **non** Cause:

Réduction de mobilité _ oui _ **non** Laquelle:

liée à une pathologie organique _ oui _ **non** Laquelle:

liée à une pathologie psychique

Dépression _ oui _ non

Syndrome confusionnel _ oui _ non

Trouble cognitif _ **oui** _ non MMS___/30

Apport hydrique:

Histoire des troubles urinaires:

Début? Plus de 10 ans, fuites urinaires diurnes sans sensation de besoin.

Apparition de fausses envies sans miction avec impression de blocage.

Peu de fuites nocturnes, PKN 3/nuit

Seule miction « normale » le matin, ensuite miction uniquement après une fuite sans besoin

Parle d'un pb de prolapsus ancien qui se serait résolu tout seul!!!

Présentation du dossier IU de l'HDJ (3)

C1 (consultation initiale d'évaluation de la fonction urinaire)

Mme P A

Appareil urinaire

Infections urinaires _ **oui** _ non

Fréquence: **3** Nb/an

Rapports sexuels _ oui _ **non**

_ normaux _ dyspareunie _ sécheresse vaginale

Testing des releveurs **3** /5

Sensibilité périnéale +

Testing anal **4** /5

Fécalome _ oui _ non

Paroi vaginale _ **atrophique** _ trophicité moyenne _ bonne trophicité

Prolapsus _ **oui** _ non **cystocoèle affleurant à la vulve, rectocoèle**

Fuites urinaires à la toux _ oui _ **non** Manœuvre de Bonney _ positive _ négative

BU Résultats: - ECBU _ **non** _ oui Résultats: _____

RPM _ **non** _ oui: _____ cc

Bilan rénal Clairance de cockroft: **53** ml/mn

Score MHU Impériosité **7**/8 Pollakiurie **0**/8 IU d'effort **1**/4 Dysurie **1**/4

Score Ditrovie ___/5 **trop d'items non renseignés**

Echelle MHU: mesure quantitative des différents symptômes urinaires

ECHELLE MHU

: mesure quantitative des différents symptômes urinaires

	0	1	2	3	4	score
Impériosité mictionnelle	Absente	Délai de sécurité entre 10 et 15 mns ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	Délai de sécurité entre 5 et 10 mns	Délai de sécurité entre 2 et 5 mns OUI	Délai de sécurité entre < 2 mns	Score impériosité fuite = 7
Fuite urinaire par impériosité	Absente	Moins d'une fois/mois	Plusieurs fois/mois	Plusieurs fois/semaine	Plusieurs fois/jour OUI	
Fréquence mictionnelle diurne	OUI mictionnelle > 2 h Intervalle	Intervalle mictionnel de 1h30 à 2 h	Intervalle mictionnel de 1 h	Intervalle mictionnel de 1/2 h	Intervalle mictionnel < 1/2 h	Score pollakiurie = 0
Fréquence mictionnelle nocturne	OUI miction/noct 0 ou 1	2 mictions/nuit	3 à 4 mictions/nuit	5 à 6 mictions/nuit	> 6 mictions/nuit	
Incontinence urinaire à l'effort	Absente	Efforts violents (sport, course) OUI	Efforts moyens (quintes de toux éternuement, soulèvement, rire)	Efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement, mouvement brusque)	Au moindre changement de position	Score fuite à l'effort = 1
Autre incontinence	OUI 0	En gouttes post-miction Enurésie (>1/mois)	Paroxysmes émotionnels Enurésie (>1/semaine)	Enurésie (plusiers/sem)	Fuites permanentes Enurésie (1/jour)	Score autre = 0
Dysurie rétention	0	Dysurie d'attente, ou Terminal OUI	Poussées abdominales Jet haché	Poussées manuelles Miction prolongée, sensation de résidu	Cathétérisme	Score dysurie = 1

Présentation du dossier IU de l'HDJ (4)

C1 (consultation initiale d'évaluation de la fonction urinaire)

Mme POTIER A

Conduite à tenir

Type d'incontinence urinaire: **IU mixte plurifactorielle d'effort prédominante, aggravée par un résidu lié à la cystocoèle, l'atrophie vaginale (irritation), trouble du comportement mictionnel**

Apprentissage de l'autoréducation faite en C _ non _ **oui**

Prescription: Rééducation périnéale _ **non** _ oui: nombre de séances: _____
E2 locaux _ non _ **oui**: Lequel **Colpotrophine**
Anticholinergique _ **non** _ oui Lequel: _____
Alpha-bloquants _ **non** _ oui Lequel: _____
Proposition de changement de TTT habituel _ **non** _ oui Lesquels: _____

Autres: **TTT prolapsus chir ou palliative? Test au pessaire (pessaire cube)**

Rééducation vésicale: restaurer la physiologie de la miction, calendrier mictionnel, calendrier d'hydratation

Echelle MHU: mesure quantitative des différents symptômes urinaires

ECHELLE MHU : mesure quantitative des différents symptômes urinaires

	0	1	2	3	4	score
Impériosité mictionnelle	Absente	Délai de sécurité entre 10 et 15 mns ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	Délai de sécurité entre 5 et 10 mns	Délai de sécurité entre 2 et 5 mns OUI	Délai de sécurité entre < 2 mns	Score impériosité fuite = 5
Fuite urinaire par impériosité	Absente	Moins d'une fois/mois	Plusieurs fois/mois OUI	Plusieurs fois/semaine	Plusieurs fois/jour	
Fréquence mictionnelle diurne	OUI mictionnelle > 2 h Intervalle	Intervalle mictionnel de 1h30 à 2 h	Intervalle mictionnel de 1 h	Intervalle mictionnel de 1/2 h	Intervalle mictionnel < 1/2 h	Score pollakiurie = 1
Fréquence mictionnelle nocturne	miction/nuit 0 ou 1	2 mictions/nuit OUI	3 à 4 mictions/nuit	5 à 6 mictions/nuit	> 6 mictions/nuit	
Incontinence urinaire à l'effort	Absente	Efforts violents (sport, course) OUI	Efforts moyens (quintes de toux éternuement, soulèvement, rire)	Efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement, mouvement brusque)	Au moindre changement de position	Score fuite à l'effort = 1
Autre incontinence	OUI 0	En gouttes post-miction Enurésie (>1/mois)	Paroxysmes émotionnels Enurésie (>1/semaine)	Enurésie (plusiers/sem)	Fuites permanentes Enurésie (1/jour)	Score autre = 0
Dysurie rétention	0	Dysurie d'attente, ou Terminal OUI	Poussées abdominales Jet haché	Poussées manuelles Miction prolongée, sensation de résidu	Cathétérisme	Score dysurie = 1

Présentation du dossier IU de l'HDJ (5)

Cs (consultation de suivi de l'IU à 6 semaines)

Date: 12/09/06

Propositions thérapeutiques suivies: oui non Pourquoi?: **E2 local suivi, difficultés de réalisation du calendrier OK pdt 3 sem puis.....**

Quelles difficultés rencontrées: **Aucune**

Effets secondaires (en cas de TTT médicamenteux): **Aucun**

Appareil urinaire

Infection urinaire de novo oui non

Testing des releveurs **3/5** Testing anal **3/5**

Score MHU Impériosité ___/8 Pollakiurie ___/8 IU d'effort ___/4 Dysurie ___/4

Score Ditrovie ___/5

Réévaluation du RPM non oui: ___ cc

Satisfaction globale de la patiente

La patiente est très satisfaite satisfaite non satisfaite

Conduite à tenir

Pose d'un pessaire anneau

A revoir dans 3 mois

Présentation du dossier IU de l'HDJ (6)

- Mme P.A est revenue le 12/03/07 (6 mois plus tard)
- Satisfaite: disparition des fuites urinaires, pas de récurrence d'infections urinaires, fuites diurnes 3 protections/jour, persistance de la dysurie
- CAT?

Évaluation de la fonction urinaire des femmes âgées en HDJ gériatrique du CHU de Rennes (1)

- Patientes ciblées:

- par gériatre: consultation gérontologique (+/-dépistage par autoquestionnaire lors d'un bilan en HDJ), décours d'hospitalisation en médecine aigue ou SSR , USLD
- par médecins coordonnateurs d'EHPAD
- par médecin généraliste traitant.

- Modalités d'admission:

- Programmation de l'infirmière de l'HDJ après prescription médicale de bilan.
- Programmation du médecin de l'HDJ après appel téléphonique de médecins coordonnateurs ou traitants.

Difficultés rencontrées

- Planification difficile (nécessité d'avoir une plage de consultation spécifique pour l'IU si un seul intervenant médical)
- Compétences des kinésithérapeutes en rééducation périnéale
- Importance de motiver les patientes
- Fonctions cognitives restent un frein (prise en charge possible, importance de l'aidant)

Présentation des résultats de la prise en charge de l'IU au sein de l'HDJ sur 1 journée/sem pendant 1 an

• 45 patientes en C1, HDJ	Sur 35 patientes	
• 29 patientes revues en CS (64,4%)	(77 %)	
• 7 patientes revues au moins 2 fois en CS	4 très satisfaite	11,4 %
• 6 patientes non venues	20 satisfaite	57 %
	10 non satisfaite	28,5 %
	-+6 non revenue	17 %
	- 4 non satisfaite	11,4 %
	1 inclassable	2,8%

